This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

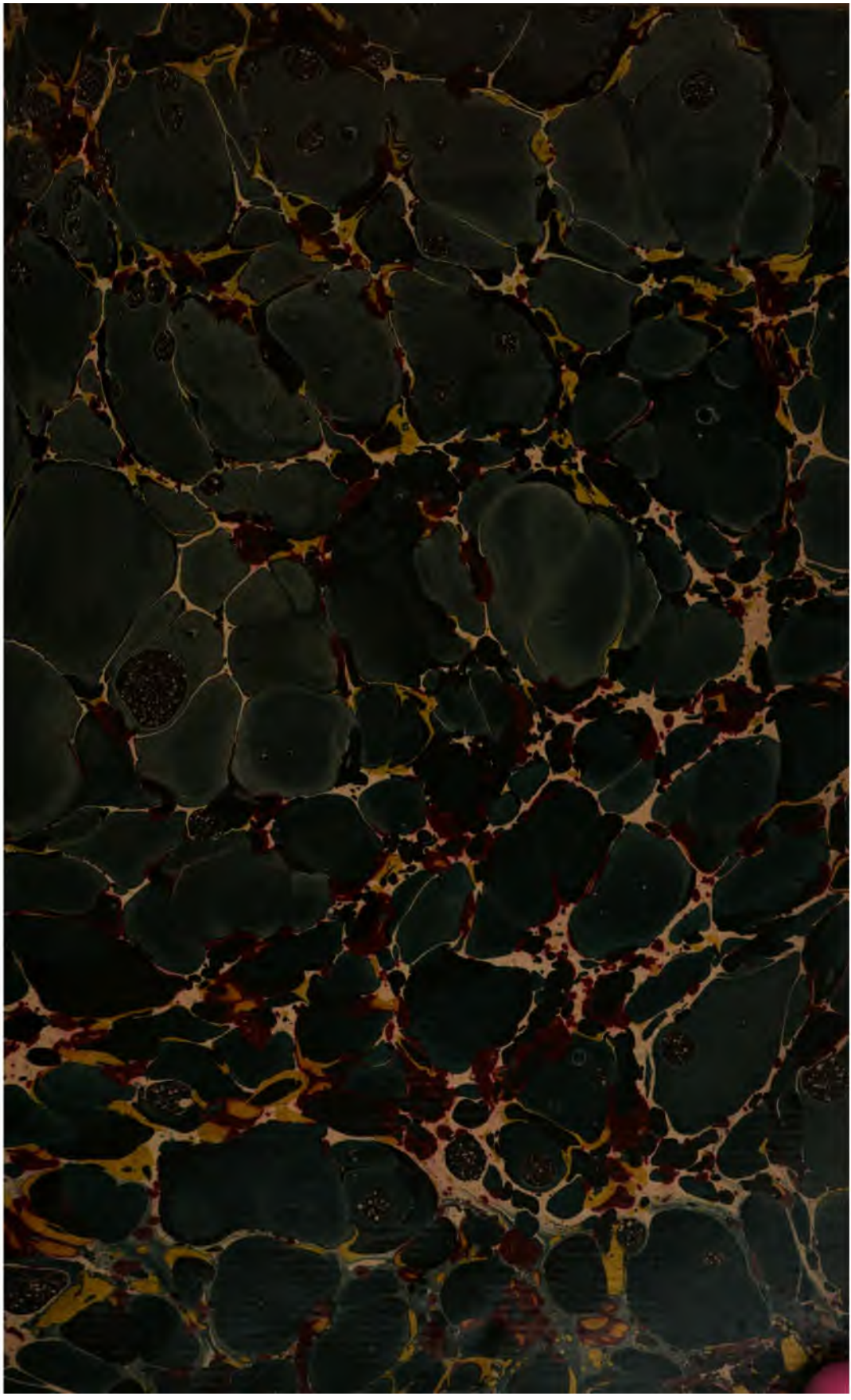
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

SIEBZEHNTER BAND.

1893.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT SIEBEN TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1893

MEDICAL
JUN10 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme? von Gustav Kulisch 1. 62
Behandlung des akuten Trippers, von Funk 18
Beitrag zur Kenntnis der Hautblutungen, von Arnold Sack 49. 305. 607
Kongenitale Syphilis bei paterner Infektion, von R. Bergh 113
Betrachtungen über und Versuche mit einer neuen Behandlung der Syphilis, von Salvatore Bonaduce 120
Emile Vidal†, von H. von Hebra 161
Die Färbung der Hautnerven mit Palladiumchlorür, von Arthur Strauss 163
Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks, von Heinrich Mourek 217
Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis herpetiformis Duhringii, von Funk 265
Die therapeutische Verwertbarkeit des Europhens auf Grund der bisher erschienenen Litteratur, von P. J. Eichhoff 312
Ein Beitrag zur Histologie der Joddermatitis, von M. F. Engman 353
Ein Beitrag zur Differenzierung der Epidermidosen und Chorioblastosen auf Grundlage eines neuen Falles von „Acanthosis nigricans", von Heinrich Mourek 366
Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der Knäueldrüsengänge (Porokeratosis), von V. Mibelli 417
Über die Beziehungen zwischen Asthma und Psoriasis, von R. Hölscher 458
Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten, von C. H. Neebe und P. G. Unna 462
Mundpflege und Kalium chloricum, von P. G. Unna 466
Über Hautschienen. Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten, von M. F. Engman und P. G. Unna 481
Erfahrungen mit einer Zinkoesypuspaste, von C. Berliner 504
Über Jodrubidium, von Leo Leistikow 509
Purpura recurrens, von A. Ravogli 545
Über die Verwendbarkeit des Europhens, von A. Oefelein und J. Neuberger. 552
Zur Dermatotherapie des Adeps lanae, von P. Taenzer 556
Über die Inkubationsdauer der Syphilis, von R. Bergh 593
Ausheilung einer in Abscedierung übergegangenen Epididymitis mit völliger Erhaltung des Organs, von Georg Berg 615
Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer Basis, von S. Jessner E.-H.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin 24. 166. 230
Brooklyn Dermatological and Genito-urinary Society 26. 90. 131
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie in Paris 88. 168
Berliner medizinische Gesellschaft 94. 267. 315

Seite
Wiener medizinischer Klub 94. 135. 170
Verein deutscher Ärzte in Prag 95. 171
XI. internationaler medizinischer Kongrefs zu Rom 112
Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 134
K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 135. 316. 469
Ärztlicher Verein zu Hamburg 136. 269. 511. 559
Geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien 171
New medical society in London 172
Greifswalder medizinischer Verein 270
Société de Biologie in Paris 270
Deutscher ärztlicher Verein zu St. Petersburg 271
Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga 271
Gesellschaft der Ärzte in Zürich 316
65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Nürnberg vom 11.—15. September 1893. Dermatologische Sektion 380
16. Jahresversammlung der „American dermatological Association“ in New London 1892 470
IV. Kongrefs russischer Ärzte, Sektion für Dermatologie und Syphilis 512
Dermatologische Gesellschaft zu New York 513
Glasgow Medico-chirurg. Society 560
New Yorker Akademie der Medizin 561
Verein für innere Medizin in Berlin 617
Versammlung der British Medical Association 619

Besprechungen.

Herpes zoster und dessen Einreihung unter die Infektionskrankheiten, von Th. von Wasielewsky 30
Synopsis of Lectures Diseases of the Skin, von R. J. Garden 31
Neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten, von S. Jessner 32
Blennorrhagie, Syphilis und Hautkrankheiten, von Rudolf Winternitz 32
Die Harnuntersuchungen und ihre diagnostische Verwertung, von B. Schürmayer 33
Die Krankheiten der Urethra des Mannes, von F. N. Otis 33
Die Gonorrhoe und ihre Behandlung, von G. Frank Lydston 34
Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut, von du Mesnil du Rochemont 95
Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum mit protahiertem Verlaufe, von Ludwig Török 96
Über die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form, von Ludwig Merk 97
Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis (Fortsetzung), von R. Barlow 98. 322
Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten, von Friedr. Albin Hoffmann 100
Die Hauttuberkulose, von du Castel 100
Über die Häufigkeit der venerischen Krankheiten und die Mittel, dieselben einzuschränken, von A. Laurent 101
Therapeutische Mitteilungen, von Erik Pontoppidan 101
Hypodermale Therapie der Syphilis mittelst Quecksilbersalzen im allgemeinen und Quecksilbersozojodolat im besonderen, von Moses Eudlitz 101
Syphilis und Nervensystem, von W. R. Gowers 136
Die Syphilis des Nervensystems, von H. C. Wood 137
Die moderne Behandlung des Ekzems, von Henry G. Piffard 137
Zur Frage der sogenannten Psorospermosis follicularis vegetans Darier, von P. P. Pawloff 272
Über die Lokalisation des Quecksilbermetalles im tierischen Organismus nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpräparaten, von K. Ullmann 273
Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Syphilis, von Fr. Mračeck 274
Über multiple Myome der Haut, von M. Wolters 275
Die Krankheiten der Blase und Prostata, von G. C. Wyman 276

Seite

Klinik der Krankheiten der Blase und Prostata. Nach den Vorlesungen im Hôpital Necker, von F. Guyon 276
The recrudescence of Leprosy and its causation, von William Tebb 277
Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, von A. Blaschko 277
Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Ärzte und Studierende, von Moritz Kaposi 278
Die dermatologische und syphilidologische Praxis an den Pariser Hospitälern, von Lefert 279
Behandlung der Syphilis, von A. Fournier 279
Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura, von Ernst Finger 318
Über Argyrie im Vergleich zur Siderose, von R. Kobert 319
Sechs Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, von L. Gold 322
Über die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form, von L. Merk 323
Kompendium der Hautkrankheiten einschliefslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik, von S. Jessner 323
Einführung in das Studium der Hautkrankheiten, von Pye-Smith 324
Über die Geschwülste der Harnblase, ihre Prognose und Therapie, von Kümmel 324
Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten, von P. G. Unna, Malcolm Morris, H. Leloir und L. A. Duhring 474
Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien, von L. Sabrazès 475
Über den Stand und die Ziele der Dermatologie, von O. Lassar 514
Zur Pathogenese der Pemphigusblasen, von E. Kromayer 515
Das Angiokeratom, von Max Joseph 515
Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien, von P. G. Unna 516
Doppelseitiger Naevus verrucosus (Nervennävus), von E. Saalfeld 517
Über traumatische Epithelcysten der Finger, von C. Garrè 518
Über Tuberkulose des Unterhautzellgewebes, von E. Wermann 518
Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kreosots, von L. Friedheim 518
Über die Behandlung des Lupus mit Tuberkulin, von H. Kossel 519
Das Verhältnis der Milchdrüse zu den Hautdrüsen, von C. Benda 520
Über Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut, von G. Lewin 521
Über einen Mischfall von Lues und Tuberkulose in seltener Lokalisation, von J. Fabry 562
Zur Behandlung der Prurigo mit Massage, von R. Hatschek 563
Zur Kasuistik seltener Syphilisformen, von N. Ostermayer 563
Untersuchungen über den Favuspilz, von Max Biro 564
Über Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden, von Alexander Peyer .. 565
Einleitung zum Studium der am Menschen parasitär vorkommenden Schimmelpilze, von H. Leslie Roberts 566
Über Gasphlegmonen, von Eugen Fränkel 567
Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes, von G. N. Münch 622
Die Influenza-Epidemie in Agypten im Winter 1889/90, nach gesammelten ärztlichen u. a. Berichten, nebst einem Anhang über die Influenza-Epidemie ebendaselbst im Winter 1891/92, von Franz Engel 623
Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte von Fr. Merkel u. B. Bonnet 623

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

Über die Hautdrüsen der Amphibien, von Heidenhain 173
Mikroskopische Untersuchungen über die Kontraktilität der Blutgefäfse, von Ranvier 173
Bemerkungen über den Ursprung der Haare und über Schuppen der Säugetiere, von Max Weber 173

b. Physiologisches.

Seite
Der Raumsinn der Haut, von Sigmund Levy 172
Zusammensetzung des menschlichen Schweifses und der relative Salzgehalt der Körperflüssigkeiten, von E. Harnack 173
Besteht eine Beziehung zwischen Hautsinnesorganen und Haaren? von F. Leydig 325
Experimentelle Beiträge zur Frage des Resorptionsvermögens der menschlichen Haut, von Eduard Schum 325
Über die Resorption des Vaselins von der Haut und seine Schicksale im Organismus, von W. von Sobieranski 326
Die Kohlensäure und Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30° und 39°, von Schierbeck 326

c. Mikroskopische Technik.

Über den Einfluſs des Glases der Objektträger und der Deckgläser auf die Haltbarkeit mikroskopischer Objekte, von R. Weber 523
Zur Technik der Achsencylinderfärbung im zentralen und peripheren Nervensystem, von H. Ströbe 523
Bemerkungen über einige Punkte der histologischen und bakteriologischen Forschung, von B. do Nabias und J. Sabrazès 523
Zur Kenntnis des osmierten Fettes, von B. Solger 524
Über einige Resultate einer Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode, von Beneke 524

d. Bakteriologie.

Zur Tuberkelbacillenfärbung, von E. Czablewski 174
Über grünen Eiter und die pathogene Bedeutung des Bacillus pyocyaneus, von Schimmelbusch 174
Beitrag zur Kenntnis der pathogenen Eigenschaften des Bacillus pyogenes foetidus, von E. Burci 175
Zur Lehre von den Eliminationsbewegungen des Staphylococcus pyogenes aureus aus dem Organismus, von Annibale Preto 175

e. Hygiene.

Syphilis, lex Heinze und Reichsseuchengesetz, von A. Blaschko 138
Zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten und ein darauf zielender Gesetzvorschlag, von Giersing 139
Die Prostitution in Rufsland, von Rubin 139

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten, von P. G. Unna 102
Wasserabgabe durch Haut und Lunge bei Fiebernden, von Theodor Schmitt. 103
Über die Physiopathologie der Nebenniere, von St. Supino 104
Die Lehre der trüben Schwellung in ihrer Entwickelung und Bedeutung, von J. Benario 104
Beitrag zur Kasuistik der embolischen Gangrän, von Heinrich Bally 107
Historisches und Kritisches zur Lehre von der Entzündung, von Ernst Ziegler 175
Über die Möglichkeit des Überganges von gutartigen Tumoren in bösartige, von E. A. Balloch 177
Über Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Kolloid, von Paul Ernst 177
Über die Beziehungen des Keratohyalins zum Hyalin, von Paul Ernst 177
Hämatologische Mitteilungen, von Felsenthal 178
Über den anatomischen Bau einiger Granulationsgeschwülste der Haut, von Louis Philippson 178
Über die Wiederanheilung vollkommen vom Körper getrennter, das ganze Unterhautzell- und Fettgewebe enthaltender Hautstücke an anderen Körperstellen, von M. Hirschberg 179

Seite

Noch einmal: „Innere Antisepsis", von Vopelius 180
Über Desinfektion von Wunden, von Schimmelbusch 180
Über Hautpflege, von Edmund Saalfeld 181
Wodurch wirken Badekuren, von Leonhard Goerl 181
Über Erblichkeit, von Charrin und Gley 279
Untersuchungen über die hereditäre Übertragung der Immunität, von Charrin und Gley 279
Über die baktericide Wirkung des menschlichen Blutserums, von Maragliano . 280
Über die Entzündung, von Guido Schrakamp 280
Wo steckt das erste Glied der Entzündung, von Guido Schrakamp 280
Über die Heilungsvorgänge an Schnittwunden der Haut, von O. Busse 280
Über Ischämie, von M. Weifs 281
Über einen Fall extremer Dehnbarkeit der Haut am Ellenbogen, von Virchow 281
Über Arrosionsblutungen, von A. Neetzke 281
Hautausschläge und psychische Störungen, von Boleslaus von Broekere 282
Persistente Stigmata infolge von Hautkrankheiten, von J. N. Hyde 282
Über Liebreichs Nachweis von Lanolin-, resp. von Cholestearinfetten, von L. Spiegel 283
Balneologisches, von Amsler 283
Der heutige Stand der Cellularpathologie, von C. Heitzmann 524
Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei fibrösen Neubildungen, von Soffiantini 525
Über Lokalreaktion infolge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen, von Spiegler 525
Über die Wirkung der Kälte auf verschiedene Gewebe, von N. Uschinsky 525
Materialien zur Lehre von der Beschmutzung der Haut von Kranken mit Bakterien, von S. M. Nikolski 526
Therapeutische Mitteilungen, von E. Stern 526
Beiträge zur Europhen-Wundbehandlung, von Trnka 527

g. Pharmakologie.

Beitrag zum chemischen Verhalten des Jodoforms, von Generalarzt Müller 182
Über Aristol, von Hans Heckel 182
Studie über Losophan, von F. Descottes 182
Die Kresole in ihrer Anwendung als Antiseptica, von Max Gruber 183
Über eine kleine chemische Beobachtung, von G. Vulpius 183
Versuche über die antibakterielle Wirkung des Oxychinaseptols (Diaphtherin), von F. Rohrer 183
Über die verschiedenen Vehikel, speziell das Epidermin, in der Dermotherapie, von Colombini 284
Nachweis von Arzneimitteln im Harn, von W. Bräutigam 284
Arzneipflaster, von John V. Shoemaker 284
Therapeutische Mitteilungen, von E. Stern 285
Über die therapeutische Wirkung des Thiols in der Behandlung der Hautkrankheiten, von T. N. Mc Laughin 285
Verordnung des Jodkaliums für bessere Praxis, von A. Fournier 285
Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Copaivabalsams, von Franz Martens 286
Über die äufserliche Anwendung des Schwefels, von Heinrich Paschkis 286
Vorzüge des Steresols, von Berlioz 287
Die therapeutische Verwertbarkeit des Aristols auf Grund der bislang erschienenen Litteratur, von P. J. Eichhoff 287
Über Schmierseifen, von H. Salzmann 287
Das Ichthyol und seine Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von E. Chatelain 288
Pichi (Fabiana imbricata), ein Mittel gegen Krankheiten der Harnorgane, von M. Friedländer 288
Über die Wirkung der Injektionen von Thiosinamin auf das Blut, von Maximilian Richter 288
Salbenbasen, von J. V. Shoemaker 327
Empfindlichkeit gegen kleine Dosen Arsenik, von Nicholson 327

Seite
Über die entzündungserregenden Eigenschaften der Zimmetsäure, von Karl P. Spiro 327
Über den therapeutischen Wert des Chlormethyls, von Hertmanni I. 328
Phenosalyl, eine neue antiseptische Mischung, von J. von Christmas 328
Gallanol, von Cazeneuve 329
Ein Fall akuter Arsenikläbmung, von Franz Müller 527
Über Bäder mit Mattonis Moorextrakten, von Ed. Fischer 528
Zur Anwendung der Mattonischen Moorextrakte in der Gynäkologie, von J. Heitzmann 528
Die therapeutische Verwertung der Mattonischen Moorextrakte bei Nervenkrankheiten, von Max Weifs 528
Salophen, ein gutes Antineuralgicum und Antirheumaticum, von Lutze 528
Über den Gebrauch des Tuberkulins als Erkennungsmittel der Syphilis, von Straus und Tessier 529
Über die Wirkung des Tuberkulins bei Nervenlepra, von Straus 529

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

I. Anämien.

Über symmetrische Gangrän, von Wilhelm Giersbach 107
Raynaudsche Krankheit und ähnliche Zustände 107
Symmetrische Gangrän, von Dardignac 236
Lokale Asphyxie der unteren Extremitäten. Sklerotrophoneurose und Asphyxie der oberen Extremitäten, von Dubois-Havenith 569

II. Cyanosen.

(Vacat.)

III. Ödeme.

Besondere Form von neuropathischem Ödem, von A. Mathieu 106
Bemerkungen über das akute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödems, von Georg Avellis 106
Fall von Urticaria evanida factitia durch Anwendung des konstanten Stromes geheilt, von S. Sganga 107
Neuropathisches Hautödem infolge eines Traumas, geheilt durch Nervendehnung, von Heinrich Birchner 329

IV. Erythantheme.

Brennen bei Urticaria, von Burdeaux 106
Urticaria nach Darreichung von Piperazin, von T. H. Bradford 235
Urticaria chronica bei Kindern 330
Zur Ätiologie der Pellagra, von Kalindero 330
Beitrag zur Ätiologie der Pellagra, von Gosio 331
Über Arzneiexanthem nach Darreichung von Analgen-Vis, von Caminer 568
Urticaria und Tod nach einer Ovariotomie, von Omori und Ikeda 569

V. Blutungen.

Beiträge zur Pathogenese der infektiösen Purpura ecchymotica bei den Säuglingen, von H. Sommer 105
Blutbefund und Kulturversuche in einem Falle von Purpura haemorrhagica, von J. Denys 235

Seite
Fall von Purpura haemorrhagica, von W. R. Eareckson 235
Morbus maculosus (Purpura simplex) als Infektionskrankheit, von R. Grüning. 235
Haematoma vulvae et vaginae. Morbus maculosus Werlhofii, von M. Warszawski 236
Über einen Fall von Peliosis rheumatica, von C. R. Barham 236
Fall von Scharlach mit Purpura, von Clemoris 330
Die Bluterkrankheit (Hämophilie), von J. Moses 331
Ein eigentümlicher Fall von Purpura mit Anzeichen, die an Purpura rheumatica und Purpura haemorrhagica erinnern, von J. A. Cantrell 568
Zur Lehre von der Peliosis rheumatica, von Hertzka 568
Bemerkungen zur Blutstillung bei Hämophilie, von Zoege von Manteuffel... 568

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

a. Durch mechanische Einwirkung.

Unguis incarnatus und dessen chirurgische Behandlung, von W. R. Howard ... 569

b. Durch Temperatureinwirkung.

Über Pathogenese des Verbrennungstodes, von August Hock 570
Über die lokale Behandlung der Brandwunden, von Faytt 570
Zur Behandlung der Brandwunden, von Capitan 570

c. Durch chemische Einwirkung.

Reizung durch lokale Anwendung von Jodoform, von J. A. Cantrell 183
Ein Fall von Dermatitis medicamentosa nach Jodoform, Jodkalium uud Aristol, von G. D. Holsten 184
Über Arsenikdermatosen, von C. Rasch 184
Keratoma plantare et palmare infolge von Arsenikgebrauch, von C. Boeck..... 184
Die diabetischen Ausschlagsformen an den Genitalien des Mannes, von A. Fournier 184
Über einige Hautkrankheiten der Musiker, von Stern 571
Über einen komplicierten Bromausschlag bei einer 50jährigen Frau, von Marty 571
Über Dermatol-Dermatitis, von Matheus 571

II. Neurotische.

a. Lokale.

Über einen merkwürdigen Fall von Herpes zoster, von Colombini..... 571

b. Universelle.

Prurigo der Kinder und ihre Behandlung, von E. E. Jwanow 185
Dermatitis herpetiformis Duhring – Schuppenausschlag im Gesicht, von W. Dubreuilh 185
Behandlung der Prurigo bei Kindern, von Jwanow 572
Über Epidermolysis bullosa hereditaria, von E. Herzfeld 572

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Über die Umwandlung der Variola in Vaccine, von Fischer 108
Beitrag zur Dauer der Schutzkraft der Vaccine nach der Kuhpockenimpfung, von Georg Diewitz 108
Über Komplikation der Varicellen (Varicellae gangraenosae), von Demme 108

Seite

Untersuchungen über die Pathogenese und Ätiologie der Vaccine- und Variola-infektion, von Guarnieri ... 109
Neue Methode zur Auffindung des Vaccineerregers, von Siegel ... 110
Über rudimentäre Blattern (Varioles frustes), von M. Coste ... 110
Zur Rubeolenfrage, von Georg Wirth ... 111
Über einen besonderen Streptococcus, welcher von einem Scharlachkranken gezüchtet wurde, von d'Espine und Marignac ... 111
Zur Bakteriologie der Kuhlymphe, von S. Monckton Copeman ... 236
Über Variola abortiva, von Maurice Coste ... 237
Fall von Varicella gangraenosa mit tödlichem Ausgange, von A. F. Büchler ... 237
Fall von Masernrecidiv, von W. Streng ... 237
Über Rubeolae, von Favier ... 237
Typhus exanthematicus, von Netter ... 237
Über Variola und den Wert der Vaccination zur Verhütung derselben, von P. J. Salicrup ... 332
Ein noch nicht beschriebener Bacillus bei der Variola vera, von L. Besser ... 332
Spezialbericht der „Kommission der British medical association zur Beratung von Parlamentsvorlagen" über Variola und deren Beeinflussung durch Vaccination, sowie die Kosten von Variolaepidemien ... 332
Über die angebliche Entdeckung Guarnieris, betreffend die Variola-Vaccine-Infektion, von E. Ferroni und G. Massari ... 333
Über Vaccinereinkulturen und über das Toxin „Vaccinin", von Adolf Ruete und Karl Enoch ... 333
Die Prophylaxis der Scarlatina, von E. P. Herstrey ... 333
Inkubationsdauer bei Scarlatina, von J. B. Hamilton ... 334
Die Scarlatina und ihre Anomalien, von Dumont ... 334
Morbilli ante partum, von F. B. Robinson ... 334
Zur Frage der Identität von Masern und Röteln, von Flatten ... 334
Ätiologie des Typhus exanthematicus, von Kelsch und Dujardin-Beaumetz 334
Das Mikrobion des Typhus exanthematicus, von Dubieff und Brühl ... 335
Das Mikrobion des Typhus exanthematicus, von Gouget ... 335

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Über Lepra, von Frank von Allen ... 139
Bekämpfung der Lepra ... 139
Die Lepra in Rumänien, von Kalindero ... 140
Leprose in Rufsland, von Miss Marden ... 140
Leprose in Bochara ... 140
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra anaesthetica, insbesondere des Rückenmarks, von Carl Looft ... 140
Resultate mit den Injektionen Kochscher Lymphe bei verschiedenen Formen der Lepra, von Kalindero und Babes ... 141
Leprastudien, von Ed. Kaurin ... 141
Hodenlepra, von Armauer Hansen ... 141
Zur Ätiologie und Anatomie der Lepra anaesthetica, von Carl Looft ... 141
Über Inokulation und Züchtung der Leprabacillen aufserhalb des Organismus, von Holst ... 142
Das Gesetz vom 6. Juni 1885 von der Isolierung der Lepra, von Ed. Kaurin ... 142
Der Bacillus leprae, zusammenfassender Bericht über den Stand unserer Kenntnisse, von Max Wolters ... 186
Weiteres über einen dem Leprabacillus ähnlichen, bei Kulturversuchen mit Knötchen von Lepra tuberosa sich entwickelnden Mikroorganismus, von Campana ... 186
Der Wert der bakteriologischen Untersuchung bei der Diagnose abnormer Fälle von Lepra, von Pitres ... 187
Ein mutmafslicher Fall von Lepra anaesthetica, von G. Winfield ... 187
Der Fibringehalt in dem Blute von Leprösen, von Beaven Rake ... 188
Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen und Pyoktanin, von Julius Goldschmidt ... 188

Seite

Eine Reise im Schlitten und im Sattel zu den ausgestofsenen sibirischen Leprakranken, von Kate Marsden 188
Über die Ophthalmia leprosa, von W. Halanicki 289
Immunität gegen Lepra in der fünften Generation, von A. S. Ashmead 408
Über den Wert chirurgischer Eingriffe bei Lepra, von B. Rake 409
Über den Leprabacillus, von R. Campana 409
Kommen in Gegenden, die für leprafrei gelten, namentlich im Norden von Frankreich und in Paris, Spuren der früheren Lepra vor? von H. Leloir 409
Über die Übertragung der Lepra auf Tiere, von Alessandro Tedeschi 572
Über die Veränderungen der Muskeln und Sehnen bei Lepra, von Wunkow .. 573
Das Öl des Hydnocarpus inebrianus ein Mittel gegen Lepra, von Rhan Daji ... 573

β. *Tuberkulose.*

Eine Methode zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen, von Solles 142
Über spezifische Bacillen des Chalazions, von J. Deyl 142
Über Inokulationslupus, von Carl Friedrich Stachow 143
Behandlung eines Falles von Lupus vulgaris mit Hülfe der Thierschen Transplantationsmethode, von G. Göring 143
Über die Wirkung des Europhens auf den Bacillus der menschlichen Tuberkulose, von Ferd. Christmann 143
Weitere Mitteilungen über die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmetsäure, von A. Landerer 188
Tuberkulose der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynxtuberkulose, von H. Köbner 189
Über Lupus, von F. L. Milton 190
Ein Fall von Transplantation normaler Haut auf einen durch Exstirpation lupöser Haut gesetzten Defekt, von Ed. Lang 190
Beiträge zur Behandlung lokaler Tuberkulose mit Nelkenöl, von Joseph Kanasz 290
Behandlung der ulcerierten chirurgischen Tuberkulosen mit kochendem Wasser, von Jeannel 290
Jodoformölinjektionen bei kalten Abscessen und anderen tuberkulösen Prozessen, von O. Pfeilsticker 290
Studie über die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose und deren Lokalisationen, von Hallopeau 290
Lupus excedens und dessen Behandlung, von Thayer 290
Die Wirkungen des Kochschen Tuberkulins in Verbindung mit chirurgischen Mafsregeln zur Behandlung von Lupus, von Malcolm Morris 291
Übertragung der Tuberkulose durch Bifs, von Jeanselme 410
Über eine direkte Übertragung des Lupus, von Plotnikow 410
Über Lupusbehandlung, von Bruce Clarke 410
Rhinoplastik wegen Lupus, von Weinlechner 410
Über einige Versuche lokaler Behandlung des Lupus mit Hundeblutserum, von P. Tommasoli 410
Über Lupusfälle, die mit Tuberkulin nebst anderen Mitteln behandelt wurden, von J. Donelan 411
Versuchsresultate über die Wirkung des Tuberkulins auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens und Kaninchens, von K. Yamagiwa 411
Ätiologie des Chalazions, von Parisotti 411
Die tuberkulösen Affektionen der Haut, von J. Fabry 573
Beitrag zur Histologie und Ätiologie des Chalazions, von R. Krause 574
Lupus vulgaris nach Berührung mit tuberkulösem Sputum, von W. T. Corlett 574
Über Inokulationslupus, von G. Gramm 574
Behandlung der Tuberkulose und der Lepra mit Blut von Tieren, die gegen die Tuberkulose immun gemacht worden waren, von Babes 575
Über Nukleininjektionen bei Lupus von Heinrich Mourek 575
Über die Behandlung des Lupus, von Urban 576

γ. *Syphilis.*

Diskussion über den Vortrag des Herrn Blaschko: Über Paraffinembolie der Lungen bei intramuskulären Quecksilberinjektionen 144

Seite

Behandlung der Syphilis mit Kalomelöl-Einspritzungen nach Scarenzio-Smirnoff, von Just. Navarre 144
Kritische Prüfung der antiluetischen Behandlungsmethoden (ununterbrochene, intermittierende, prolongierte), von Diday 145
Über das Vorkommen von Albuminurie bei luetischen Affektionen, von Ernst Schwimmer 145
Drei Fälle von erworbener Syphilis bei Kindern von zwei, drei und vier Jahren (Entstehung durch Schanker am Kopf), von Henri Feulard 146
Über Bursitis luetica, von A. F. Büchler 146
Gummigeschwür auf der Schleimhaut des Oberlides, von Silex 147
Fall von Zungensyphilis, von Hicguet 147
Über Syphilis der Zungentonsille, von Seifert 147
Beitrag zur Kenntnis der tertiär-syphilitischen Affektionen des Penis, von A. F. Büchler 147
Ulceröse Syphilide, von Mauriac 149
Reinfektion mit Syphilis, von Pawlow 149
Die Syphilis im wirtschaftlichen Leben, von R. Ledermann 149
Die Verbreitung von Syphilis und Hautkrankheiten bei den Berbern in Aurès, einer Provinz von Constantine, von L. Raynaud 150
Die Syphilis während der Feudalzeit, von F. Buret 150
Über das Vorkommen des Lustgartenschen Bacillus in syphilitischen Geweben, von de Michele und Radice 191
Über Intestinalsyphilis, von Michele und Sorrentino 191
Über die sogenannte spezifische Wirkung des Quecksilbers bei der konstitutionellen Syphilis, von Scarenzio 191
Über intramuskuläre Injektionen von Oleum cinereum gegen Syphilis, von H. Mau 191
Über Syphilis maligna, von Wilhelm Solbach 192
Fall von Cirrhosis hepatica luetica, von Peter Ivers 193
Fall von Gumma vor dem Chiasma nervi optici, von Isidor Führer 193
Syphilis und symmetrische arteriosklerotische Nierenatrophie, von C. Rasch 193
Pemphigus neonatorum syphiliticus, von Franz T. B. Fest 193
Fall von syphilitischer Primärinfektion an der Lippe durch eine Cigarre, von R. C. Kirckpatrick 193
Über extragenital lokalisierte Initialsklerosen, von Franz Siepe 194
Fall von Gehirnsyphilis (Gummata), von Joseph Buck 194
Fall von Lues cerebri, von Cnopf 194
Fall von Gehirnsyphilis, von E. Bitot 194
Über Gehirnsyphilis, von Hjelmann 195
Zur Lehre von der hereditären Lues (Zwillingsfall), von Eduard Buhe 195
Zur Kenntnis der hereditären Lues (selten grofses Gumma der Lunge mit dadurch bedingter intrauteriner Pericarditis exsudativa), von Wanitschke 195
Die Syphilis und ihre Heilmittel vom Jahre 1492 bis zur Mitte des 16. Jahrhunderts, von Th. Melsheimer 195
Eine Studie über die Veränderungen des Blutes infolge des syphilitischen Prozesses, von J. Neumann und A. Konried 291
Neue Beiträge zur Erkenntnis der Wesenheit, Verbreitung, Prophylaxe und Therapie der Syphilis, von A. Kuehner 292
Über die Verwendung des sauerstoffhaltigen Wassers als Prophylacticum gegen syphilitische Infektion, von Crowczynski 292
Über Syphilis der Nase, von Schubert 293
Fall von Lungensyphilis, von Brenner 293
Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Strikturen im Dünndarm, von E. A. Homén 293
Syphilitischer Schanker des Zeigefingers und der Unterlippe, von Dubois-Havenith 294
Stenose des Conus arteriosus dexter durch Syphilom der Kammerscheidewand; Kompensation durch intratrabekuläre Kanalisation der Muskularis, von P. Cohnheim 294
Gleichzeitige doppelte Infektion per os et per mammam 295
Elephantiasis syphilitica der Lippen, von Eichhorst 295
Icterus und akute Leberatrophie bei Syphilis, von Senator 295
Fall von Bubo gummosus der Inguinalgegend, von Joseph Gold 295
Dritter Fall syphilitischer Reinfektion, von Salsotto 295
Über die Natur der Rückenmarksläsionen bei der syphilitischen Paraplegie, von Sottas 296

Seite

Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufener Fall von syphilitischer (?) Rückenmarkserkrankung. (Arachnitis chronica fibrosa et gummosa, Myelitis interstitialis chronica diffusa. Endarteritis et Phlebitis obliterans), von C. A. Ewald 296
Hereditäre Syphilis mit Affektion der Milz und Leber, von Chauffard 296
Bericht über einen ungewöhnlichen Fall hereditärer Syphilis, von J. V. Shoemaker 297
Vorhandensein einer Nadel in der Zunge eines vier Monate alten, mit hereditärer Syphilis behafteten Kindes, von Titomanlio 297
Die venerisch-syphilitischen Krankheiten in Bezug auf die Reglemente über die Prostitution, von Fabris 297
Tabak und Syphilis, von Gamberini 297
Syphilis-Prophylaxis in Rumänien, von Petrini 411
Zur Therapie der Syphilis hereditaria, von Loos 411
Erworbene Syphilis im Kindesalter, von A. Fournier 412
Der Einfluſs der Merkurbehandlung bei syphilitischen Frauen auf die Nachkommenschaft, von Etienne 412
Die Excision des Schankers behufs Abortivbehandlung der Syphilis, von J. C. Mc Guire 413
Ein neuer Fall syphilitischer Reinfektion, von Diday und Doyon 413
Über die Therapie der Syphilis, von A. Fournier 413
Kombinierte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern, von Joseph Dymnicki 414
Zur Behandlung der Syphilis mit Blutserum, von P. Tommasoli 414
Das Pigmentsyphilid, von R. W. Taylor 414
Über die Behandlung der Pigmentsyphilide der Haut, von Robin 415
Über Glaucoma syphiliticum, von Samelson 415
Über die Ozaena syphilitica, von A. Cartex 415
Hirnsyphilis bei einem hereditär nervös und alkoholisch belasteten Individuum, von Maragliano 416
Über die Alterationen des Blutes bei Syphilis und seine Veränderungen durch die Quecksilberpräparate, von Gogoli 416
Über die Therapie der Syphilis mil Sozojodol-Injektionen 576
Über Polyneuritis mercurialis, von Leyden 577
Über die Resorption der Quecksilberdämpfe bei der Schmierkur, von Gaglio ... 578
Über die Zunahme der Syphilis in Italien, von Barduzzi 578
Studie über die Lokalisation der Knochenveränderungen bei Syphilis hereditaria tarda: Läsionen der langen Knochen, der Wirbelsäule und des Beckens, von Michel Gangolphe 578
Rigidität des Collum uteri durch Syphilis, von Crouzat, Pinard und Maygrier 578
Über die Häufigkeit der Epiphysen-Diaphysen-Erkrankung bei Syphilis congenita, von Victor Wahl 579
Hodenaffektion bei hereditärer Syphilis, von G. Carpenter 579
Über einen tödlich verlaufenen Fall von maligner Syphilis, von A. E. Russel ... 579
Spinale Syphilis, von Charcot 580
Zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis, von Obermeier 580
Interessante syphilitische Erscheinungen am Auge und im Rachen; Ulcerationen der Epiglottis, Strabismus und Paralyse der Augenmuskeln, von E. F. Parker 580
Über die Augenstörungen bei Hirnsyphilis, von Uhthoff 580
Ein Fall von syphilitischer Spinalparalyse, von Glorieux 581
Augensyphilis, von Chibret 581
Über die endovenösen Sublimatinjektion bei Syphilis, von Campana 581
Roseolarecidiv 20 Jahre nach der Infektion. — Drei Fälle von Mastdarmsyphilis, von M. Zeifsl 581
Therapeutische Mitteilungen, II., Zur Behandlung der Syphilis, von E. Gebert 582
Das Alter der Syphilis und Moses als Hygieniker, von J. T. Jelks 626
Syphilis und Ehe, von L. Mannino 627
Abschwächung der Syphilis, von C. Paul 627
Ist die Syphilis durch bestimmte uns bekannte Bakterien bedingt? von C. G. Currier 627
Die Beziehungen der Lymphdrüsen zur Syphilis, von J. Zeifsler 627
Über die ungewöhnlicheren Haftstellen der Syphilis, von Peter 628
Ein Beitrag zur Kenntnis der atypisch verlaufenden Syphilis, von J. Rabitsch 628
Zwei Fälle von labialem Schanker bei Cigarrenarbeiterinnen von W. S. Gottheil 628

Seite

Ein Fall von syphilitischem Initialaffekt auf der vorderen Bauchwand, von J. Schnabel ... 628
Die syphilitische Ansteckung bei den Ammen des Hospiz der „Enfants assistés", von P. Raymond ... 629
Sekundäre Larynxsyphilis, von Gouguenheim ... 629
Syphilis renalis praecox, von Darier und Hudelo ... 629
Herzsyphilis, von Curschmann ... 630
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herzsyphilis, von Kockel ... 630
Über die syphilitischen Affektionen des Gehörorganes, von Jul. Bocke ... 630
Angina pseudo-membranacea non diphtherica im Verlaufe von sekundärer Syphilis, von Boulengier ... 631
Ein Fall von Lungensyphilis mit Autopsie, von A. Abrams ... 631
Zur Kasuistik der irritativen Neuritis syphilitica peripherica, von S. Ehrmann 631
Periphere Neuritis syphilitischen Ursprungs, von Fordyce ... 632
Ein Fall von syphilitischem Pemphigus bei einem Kinde, von E. Knight ... 632
Die Hämochromometrie im Verlaufe und bei der Behandlung der Syphilis, von C. Falcone ... 633
Über Kombination der Quecksilberbehandlung bei Behandlung der Syphilis, von Lichtenstein ... 633
Syphilis und Dementia paralytica ... 633
Syphilis und allgemeine Paralyse, von E. Régis ... 633

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Zur Behandlung der Trichophytie des Kopfes, von F. J. Leviseur ... 150
Über das akute Ekzem der Unterlippe — Katacheilitis der Schnitter, von Colombini 151
Über die akuten Formen des seborrhoischen Ekzems, von Audry ... 151
Pityriasis pilaris Devergie, von van Haren-Noman ... 151
Beitrag zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege, von O. Chiari ... 185
Fall von Pemphigus, von Fuchs ... 186
Äufserliche Behandlung des akuten vesikulären Ekzems, von L. A. Duhring ... 238
Ein Ptomain aus dem Blute Ekzematöser, von A. B. Griffiths ... 335
Über das Eccema palpebrale, von A. Trousseau ... 336
Behandlung des Lidekzems, von A. Trousseau ... 336
Über die Diagnose und Behandlung des Eccema seborrhoicum, von L. Duncan Bulkley ... 336
Gallanol bei Psoriasis und Ekzem, von Cazeneuve und E. Rollet ... 337
Histologisches über einige Fälle von Psoriasis, von M. Mantegazza ... 337
Studie über die Pityriasis rubra pilaris (1889—1892), von Audry ... 338
Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus acutus, von Bleihtreu ... 338
Ein Fall von Scabies norvegica, von R. Hefsler ... 339
Abnorme Entwickelung von Komedonen nach Variola confluens, von de Coquet 339
Läuse und Impetigo, von Dewèvre ... 339
Alopecia, von C. W. Cutler ... 339
Die Behandlung der Trichophytie, von Alfred Eddowes ... 340
Zur Behandlung der Alopecie, von Ferras ... 529
Ein Beitrag zur Kenntnis der Lingua geographica, von Otto Spehlmann ... 529
Scabies und akute Nephritis, von P. Bothezat ... 531
Über Pityriasis des Ohres und ihre Behandlung, von Albespy ... 531
Über die Behandlung des Ekzems der Ohrmuschel, von Chatellier ... 531
Ein Fall von Ekzem mit Urticaria als Komplikation, von A. Cantrell ... 531
Beitrag zur Histologie einer Phase des Eccema seborrhoicum, von G. T. Elliot 532
Acne, Comedo und Acne rosacea, von J. A. Cantrell ... 634
Klinische Beobachtungen und Analysis von 1000 Psoriasisfällen, von L. D. Bulkley 634
Beitrag zur Histologie der Psoriasis, von H. G. Piffard ... 634
Behandlung der Psoriasis, von Coffin ... 634
Vierzig Fälle von Psoriasis, behandelt mit Arsenik, von B. Merrill ... 635
Bemerkungen über einige infektiöse Erytheme, von Hutinel ... 635
Studie über die Trichophytie, speziell über die Folliculitis agminata des Menschen und deren Übertragung durch Tiere, von M. R. Sabouraud ... 635

b. der Cutis.

Seite

Abortivbehandlung von noch nicht in Eiterung übergegangenen Bubonen, von L. Letnik ... 44
Fall von Elephantiasis zu Brest, von Guyot ... 154
Behandlung des Panaritiums, von Julius Schnabel ... 154
Der Gebrauch von heifsem Wasser bei der lokalen Behandlung der Gesichtsakne, von Fred. Leviseur ... 154
Über die Behandlung des Anthrax mit Oleum phenolicum, von Hallopeau ... 155
Lichen ruber planus der Schleimhäute, von Karl Marx ... 155
Fall von Lichen ruber planus mit Affektion der Mundschleimhaut, von Magnus Möller ... 155
Giebt es eine vesikuläre Eruptionsform des Lichen ruber? von Magnus Möller 156
Über die Behandlung des Erysipels, von Carl Schuerhoff ... 156
Über die Komplikation des Erysipelas faciei mit Meningitis acuta, von Ar. Leidecker ... 156
Bemerkungen über einen Fall von Mykosis fungoides, von W. A. Jamisson und R. Leith ... 157
Das Sklerom der Schleimhäute der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre, von G. Juffinger ... 157
Zur Ätiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase (Rhinoscleroma), von R. Paltauf ... 157
Mycetoma (Madurafufs) und Aktinomykose, von A. A. Kanthack ... 158
Über Noma, von Bernhard Bartels ... 158
Über das perforierende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand, von Richard Otto ... 239
Über Pseudohypertrophie und einen Fall von Elephantiasis Arabum infolge einer Neuritis ascendens, von Emil Simon ... 239
Chirurgisch-bakteriologische Mitteilungen, von Julius Schnitzler ... 239
Über die antiseptische Behandlung der Acne und Furunculosis, von Eugen Gurin ... 240
Über Pharyngomykosis leptothrica, von Max Stern ... 241
Über die Behandlung des Anthrax, von Glinski ... 241
Die typische Ausräumung der Leiste, von Carl Lauenstein ... 241
Über die Ätiologie der Gasphlegmone, von Eugen Fränkel ... 242
Fall von gashaltiger Cyste, von Konrad Büdinger ... 242
Über die therapeutischen Mafsnahmen bei gewissen Bubonen. Gleichzeitiges Vorkommen einfacher und virulenter Bubonen, von Jullien ... 260
Furunkulose auf der hemiplegisch gelähmten Gesichtshälfte, von Mattignon .. 340
Multiple weiche Schanker auf Penis, Scrotum, After und Stirn, von de Coquet 340
Seltener Fall von Ansteckung venerischer Geschwüre und deren Ausgang, von Quattrociocchi ... 340
Klinische Bakteriologie des weichen Schankers und der Gonorrhoe-Komplikationen, von Audry ... 341
Die Behandlung abscedierender Bubonen mittelst Injektionen von Jodoformsalbe, von W. K. Otis ... 341
Über den Wert der Abortivbehandlung des Bubo nach der Welanderschen Methode, von A. Brousse und P. Bothezat ... 341
Zur Behandlung der Bubonen, von Maximilian Richter ... 342
Behandlung des vereiterten Bubo, von Orville Horvitz ... 342
Zwei Fälle von bilateraler Gangrän der Lidhaut, von Mitvalsky ... 342
Über Erythema infectiosum, von V. Hutinel ... 342
Über angeborene Elephantiasis, von Moncorvo ... 343
Vereiterte und zu Plaques angeordnete Perifolliculitiden des Handrückens, von Dubois-Havenith ... 343
Behandlung der Sykosis, von Mora ... 343
Zwei Fälle von Unterlippenkarbunkel, von Hansen ... 344
Über die Behandlung des Erysipels mittelst Chlorophenol und Bromophenol, von Tchurilow ... 344
Gesichtserysipel, von Juhel-Rénoy ... 344
Behandlung des Erysipels im Colentina-Hospital, von Petrini ... 344
Eiterung und Erysipel, von Marfan ... 344
Ichthyol als Abortivmittel des Erysipels, von Hallopeau ... 345

Seite
Über rheumatische Arthritis bei Erysipel, von Richardière 345
Kalte Bäder bei schweren Formen von Erysipel, von Legendre und Beaussenat 345
Zur Behandlung des Erysipels, von Kolaczek 345
Fall von destruierender septischer Phlegmone, von Intlekofer 346
Kalte Abscesse, von H. Roger 346
Mikrokokken im Blute bei Mykosis fungoides, von Vidal 346
Über das Rhinosklerom, von André Castè 346
Postmortale Befunde bei Framboesia, von B. Rake 346
Zur Ätiologie und Therapie der Stomatitis, von Bernabei 347
Über Bacillenbefunde bei Ulcus molle, von Walter Petersen 532
Behandlung des weichen Schankers, von L. Brocq 533
Behandlung des Bubo, von Cordier 533
Über akute multiple Dermatomyositis, von Senator 533
Abortive Behandlung der Karbunkel, von P. C. Barker 534
Kontagiosität des Gesichtserysipels, von le Gendre 534
Über Hidrosadenitis suppurativa disseminata, von W. Dubreuilh 534
Allgemeine Elephantiasis bei einem siebenmonatlichen Foetus, von Bode 637
Über das Verhalten der glatten Muskelfasern und der Mastzellen bei Elephantiasis, von K. Ammer 637
Über Madurakrankheit (Madurafufs) von Boyce 637
Vier Fälle von Rhinosklerom, von A. Ducrey 637
Zur Therapie des Rhinoskleroms, von Colombini 638

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Parasitismus und Zellentwickelung im Epithelioma, von A. Borrel 34
Zur Frage der Heilbarkeit der Epitheliome, von O. Lassar 35
Über Sarkome der Zunge, von Scheier 35
Vorstellung eines Falles von Gesichtssarkom, erfolgreich mit Mosetigschen Einspritzungen behandelt, von Lindner 35
Behandlung maligner Tumoren mit Pyoktanin, von Mann 36
Experimentelle Beiträge über die Übertragbarkeit des Carcinoms, von Duplay 37
Epitheliom an den Beinen eines Huhnes, von J. J. Clarke 196
Über die Pagetsche Krankheit der Brustwarze, von Dubois-Havenith 197
Der Rhopalocephalus carcinomatosus, von A. Korotneff 197
Parasitenähnliche Körper im Krebs, von Montgomery 197
Zwei Fälle von Sarkomatosis cutis, von Justus 198
Über Lympho-Sarkomatosis, von Kundrat 198
Über die primären multiplen Carcinome, von F. Mercanton 201
Über die infektiöse Natur des Carcinoms, von Coats 243
Über die Parasiten des Carcinoms, von Foà 243
Carcinom der linken Ohrmuschel, von Sonnenburg 243
Rundzellensarkom der Ohrmuschel, von Sonnenburg 243
Eine neue Behandlung krebsiger Erkrankungen, von Carpenter 243
Disseminiertes lentikuläres Carcinom der Haut, von F. Hyde 244
Multiple Sarkome. Krankengeschichte eines durch grofse Dosen Arsenik gebesserten Falles, von S. Sherwell 244
Über die Erzeugung von Sarkomen durch Psorospermien, von J. J. Claske 244
Eine nach Trauma rasch zum Tode führende Leukämie, von Greiwe 250
Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage. Protozoenähnliche Gebilde (Russelsche Körperchen) in den Hauttumoren, von C. Touton 347
Primäres Carcinom der Brustwarze, von G. Maudry 348
Über Heilbarkeit des Ulcus rodens ohne örtliche Behandlung, von O. Lassar .. 348
Fall von Ulcus rodens der Nase, von Apolant 348
Über die Inokulabilität des Epithelioms und des Krebses, von Moreau 349
Der Parasitismus des Epithelialcarcinoms, sowie der Sarko-, Mikro- und Myxosporidien im Muskelgewebe. Fünfzehn Photogramme mit erläuterndem Text, von L. Pfeiffer 349
Beitrag zur Therapie der Hautkrebse (Diskussion) 534
Primäres Carcinom der Mamilla, von Joseph Weil 535

Seite
Über Implantation von frischem Krebsgewebe in das Kaninchenhirn, von Wenzel Kopfstein 535
Zur Reaktion der Carcinome, von Adamkiewicz 536
Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen in Carcinomen, von Ruffer 536
Die Erscheinungen der Metachromasie, welche von den in Carcinomzellen parasitierenden Sporozoen manifestiert werden, von J. Soudakewitsch 537
Finden sich Parasiten in Krebsgeschwülsten? von C. H. Cattle 537
Epitheliom auf der Oberlippe eines Knaben, vom Gangolphe 537
Behandlung der malignen Tumoren mit Erysipel-Inokulationen, von Coley 537
Zur Pathologie und Therapie der Tumoren der Wange, von F. Schulze 583
Zwei seltene Sarkombildungen, von G. Lewin 583
Über die Endotheliome der Haut, von Heinrich Braun 585

II. Benigne.

a. der Oberhaut.

Enorme Neubildungen am Kuheuter (Hauthörner), von Reeker 36
Epithelioma contagiosum, von Rieder 248
Über die Ätiologie der Papillome, von Fabris und Fiocco 246
Über den Parasiten des Molluscum contagiosum, von G. de Angelis-Mangano 584
Zur Kasuistik der Teratome, von Dominik Bloch 584
Ein Fall von subkutanem Papillom, von St. Michaleff 584
Über die Behandlung von spitzen Kondylomen an den Genitalien durch Applikation von Karbolsäure, von Derville 584

b. der Cutis.

Xanthoma diabeticorum, von H. Radcliffe Crocker 35
Fall von Hautfibrom (Molluscum pendulum) von enormen Dimensionen, von Léon Desguin 36
Enorme Neubildungen am Kuheuter (papilläre Fibrome), von Reeker 36
Fall von Akromegalie, von G. Gause 36
Beitrag zum Studium des Molluscum simplex, von Pilliet und Mauclaire 196
Fall von Lymphangioma cavernosum congenitum des Oberarmes, von Otto Kiefer 199
Beitrag zur Kenntnis der Lymphcysten, von Rudolf Frank 199
Über multiple kongenitale Hautfibrome, von Hans Hasselbeck 200
Fälle von Keloid, von Ed. Welander 200
Behandlung der Keloide mit hypodermatischer Injektion von Kreosotöl, von Marie 200
Multiple und symmetrische Lipome, von Bucquoy 244
Multiple Lipome bei einem jungen Mädchen, von Dartigolles 244
Symmetrische Lipome arthritischen Ursprungs und ein lipomatöser Tumor zwischen falschem und wahrem Lipom schwankend, von Desnos und Potain 244
Über Lipome der Hand und Finger, von Steinheil 245
Fall von multiplen Fibromen der Haut, von Hermann Kohtz 245
Beitrag zur Histologie der Bauchdeckenfibrome, von A. Runck 245
Fall von Xanthoma multiplex, von L. Török 247
Ein Fall von Xanthoma multiplex bei einem Kinde, von T. Mc Call Anderson 247
Fall von Keloid auf der Kopfhaut eines vierjährigen Knaben, von F. J. Leviseur 247
Bemerkenswerter Fall von Keloidbildung, von R. W. Taylor 248
Über sekundär maligne Neurome, von Garrè 249
Fall von Akromegalie, von Rieder 348
Fall von ausgedehnter Kavernombildung, von Maafs 537
Über die chronischen Tumoren der Mamma, von Bennet 538
Tumoren des Ohrläppchens infolge Durchbohrung derselben, von Lassalle 538
Die Behandlung des Keloids mittelst subkutaner Einspritzungen von Kreosotöl, von P. Marie 584
Xanthelasma, von Lebrun 584
Über Bau und Entwickelung zweier Chondrome der Hand, von F. M. Cüppers 585

III. Pigmentanomalien.

Pigmentflecke der Haut während der Schwangerschaft 35
Die sogenannte Schälmethode bei Epheliden, Acne rosacea etc., von van Hoorn 36

Seite

Die Beziehungen zwischen Läsionen der Nebennieren, des Sympathicus und dem Morbus Addisonii, von Barbier 37
Untersuchungen über die Addisonsche Krankheit, von F. und S. Marino-Zucco 197
Ein eigentümlicher Fall von Morbus Addisonii, von Bihler 248
Chloasma uterinum, von A. A. Young 249
Fall von Braunfärbung der Haut nach Arsenikgebrauch, von Julius Engel-Reimers 249

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

a. Allgemeine.

(Vacat.)

b. Lokale.

Fall von Spontangangrän, von Singer 38
Fall von ausgebreitetem Leukoderma idiopathicum, von Ludwig Karl 200
Entstellende Narben, von Calot 201
Behandlung der Teleangiektasien (Naevi vasculares) mit Sublimat-Kollodium, von Coesfeld 203
Alopecia praematura, von G. T. Elliot 205
Über Alopecia atrophica, von W. Dubreuilh 538
Beseitigung variköser Geschwüre, von Reboul 541
Zur operativen Behandlung der Hämorrhoidalknoten, von P. Sendler 587
Zur Frage der operativen Behandlung der varikösen Venenerweiterungen der unteren Extremitäten nach dem Trendelenburgschen Verfahren, von B. B. Prawdolgubow 587

II. Spezifische.

a. Allgemeine.

Fall von Skleroderma, von John Dann 38
Zwei Fälle von Myxödem, von M. Buzdugan 38
Zur Kasuistik der Sklerodermie, von Josef Lauffs 201
Zwei Fälle von Sklerodermia diffusa, von Franz Franken 201
Über die klinischen Erscheinungsweisen der Syringomyelie, von H. Schlesinger 202
Fall von Myxödem, von E. Mendel 203
Über Myxödem, von E. Kraepelin 203
Zwei Fälle von Myxödem, von Heinon C. Gordinier 203
Über die Behandlung des Myxödems, von F. Vermehren 204
Fall von Myxödem, gebessert durch Injektion von Schilddrüsensaft, von Ralf Wichmann 204
Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Myxödem mit der innerlichen Anwendung des frisch präparierten Schilddrüsenextraktes, von Hektor W. G. Makenzie 205
Fall von Myxödem, behandelt mit subkutanen Injektionen von Extrakt der Schafsthyreoidea, von Alex Napier 205
Myxödem, von A. Kühner 539
Über die Myxödemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit der innerlichen Darreichung von Schilddrüsenextrakt, von Rehn 540
Behandlung des Myxödems mittelst der Exothyreopexie, von Poncet 540
Sklerema neonatorum, von J. L. Porteous 540
Fall von Morvanscher Krankheit, von Eisenlohr 541
Fall von Syringomyelie, von P. Goldschmid 586
Zur Sklerodermie im Kindesalter, von Andr. Carstens 588

b. Lokale.

Favus generalisatus, von Legludic 39
Studie über vorzeitige Kahlheit, von Seeger 39

Seite

Neue Behandlungsweise des idiopathischen Haarschwundes, von Morel-Lavallée ... 39
Behandlung der Alopecie, von Paul Raymond ... 40
Alopecia areata und ihre Behandlung, von L. Butte ... 40
Morphoea mit Maculae atrophicae, von L. A. Duhring ... 202
Trichorrhexis nodosa, von Ciarrocchi ... 205
Über die neue Methode Peronis in der Favustherapie, von G. Massazza ... 205
Über die neue von Peroni vorgeschlagene Behandlung des Favus, von Reale ... 206
Einige Favusfälle nach der Methode Peronis behandelt, von Giovannini ... 206
Die interne Behandlung des Lupus erythematosus mit Phosphor, von L. Duncan Bulkley ... 538
Favusstudien (II. Teil), von S. Jessner ... 539
Kontagiosität und Prophylaxe des Favus, von Sabrazès ... 539
Fälle von Favusinfektion durch Tiere, von S. Sherwell ... 541
Alopecia areata, von Montgomery ... 541
Fall von circumskripter idiopathischer Atrophie der Haut, von R. W. Taylor ... 542
Über einen Fall von Alopecia areata, von Ferraton ... 586
Ein Fall symmetrischer Gangrän, von H. Koester ... 586
Über Spontangangrän und Simulation bei Hysterie, von G. Singer ... 587
Drei Fälle von Gangrän, von W. Zoege von Manteuffel ... 587

E. Idioneurosen.

(Vacat.)

F. Sekretionsanomalien.

Hyperidrosis unilateralis faciei, von Salo Kaiser ... 349
Die Behandlung der Seborrhoe, von L. Brocq ... 350
Fall von Ephidrosis cruenta, von McCall Anderson und R. Jack ... 350

G. Saprophyten und Fremdkörper.

Kleinere Mitteilung über Tättowierung, von Seidel ... 351
Über Tättowierungen und die erfolgreiche Beseitigung derselben, von A. H. Ohmann-Dumesnil ... 351
Das Tättowieren vom medizinischen und anthropologischen Standpunkte, von J. Neumann ... 351

H. Mifsbildungen.

Die Entfernung von überflüssigen Haaren vermittelst der Elektrolyse, von Fred. J. Leviseur ... 111
Elektrolyse bei Hypertrichosis, speziell bei Trichiasis, von Ciarrocchi ... 112
Angeborener Nagelmangel, von Hermann Eichhorst ... 112
Ein ausgedehnter Fall von Papilloma neuropathicum, von J. Kröner ... 246
Überzählige Brustwarzen, von Rendu ... 352
Hypertrichosis und die Mittel, sie zu entfernen, von Balmanno Squire ... 352
Ein Fall von multiplen Naevis vasculosis, mit nachherigem Verschwinden mehrerer derselben, von R. J. Marshall ... 352
Abtragung einer Dermoidcyste des Mediastinums, von Bastianelli ... 352
Ein Fall von schwimmhosenartigem Naevus pigmentosus mit Carcinoma melanodes, von A. Thienel ... 589
Ein Muttermal (?), von F. W. F. Rofs ... 589
Elektrolytische Entfernung eines ausgedehnten, behaarten Naevus des Gesichts, von G. H. Fox ... 589
Über die Dermoidcysten und kongenitalen Fisteln der Regio sacrococcygea, von Nicaise ... 589
Haarlocken aus einer Dermoidcyste ins Rectum entleert, von Jardine ... 589
Adermogenese, von Guéniot ... 589

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Seite

Keloid der Urethra des Mannes, von George Minges ... 38
Bakteriologische Studie über Cystitis, von A. Morelle ... 42
Die Länge der Urethra beim Erwachsenen vom Gesichtspunkte des Katheterismus, von J. A. Fort ... 42
Vollständige Abwesenheit der Urethra. Operation. Heilung, von C. H. Voorhies 42
Hindernisse beim Urinieren und über Harnverhaltung, von Alexander Peyer 43
Tinctura Rhuis radicantis als Mittel gegen Incontinentia urinae, von Saint-Philippe ... 43
Über Katheterismus der Harnröhre, von J. Suemegh ... 44
Die mit Beihülfe von elektrischen Strömen ausdrückbare Blase, von Th. Clemens 44
Entfernung grofser Blasensteine durch die Sectio suprapubica, von Bökel ... 44
Über künstliche Steinbildung, von Tuffier ... 44
Bemerkungen über 30 Fälle von Circumcision, von D. Trekaki ... 44
Beiträge zur Frage der Restitutionsfähigkeit der Skrotal-, Perineal- und Penishaut, von Wilhelm Brüll ... 45
Zwei Fälle von Pseudo-Hermaphroditismus masculinus bei zwei Geschwistern, von M. Nonne ... 206
Harninfiltration, Harnabscefs, Harnfisteln, von M. Mendelsohn ... 207
Varicocele, von Horteloup ... 209
Über einen Fall von Steinleiden, von Schuchardt ... 209
Cystotomia suprapubica, von A. Fort ... 209
Warum recidivieren die Strikturen der Urethra? von C. Moullin ... 210
Katheter für Strikturkranke, von Schilling ... 210
Zur Ätiologie der Cystitis, von Johannes Müller ... 210
Über Urethritis non gonorrhoica, von Paul Minguet ... 211
Über neuere cystoskopische Instrumente und photographische Aufnahmen des Blaseninnern, von Otto Zuckerkandl ... 251
Ein neuer endoskopischer Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoskops in die hintere Harnröhre, von H. Goldenberg ... 251
Das vervollkommnete Urethroskop, von W. K. Otis ... 252
Die Bildungsfehler der weiblichen Blase und Urethra mit besonderer Berücksichtigung der Inversio vesicae urinariae cum prolapsu per urethram, von Wilhelm Pilgram ... 255
Die Mifsbildung der Genitalien des Weibes, von Kochenburger ... 255
Über Epispadie beim Manne, von Fritz Simon ... 256
Zur Kenntnis der Hypoplasie der männlichen Genitalien, von Karl Kurtz ... 256
Über Strikturen der Urethra des Weibes, von Wilhelm A. Meisels ... 256
Über Katheterismus posterior, von Max Köhler ... 258
Urethrotomia perinealis, von Poncet ... 258
Über komplementäre Urethrotomien, von Desnos ... 259
Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase, von Max Wickhoff ... 259
Zur Symphyseotomie beim Manne und Resektion der Blase, von Albarran ... 259
Zur galvanokaustischen Amputation des Penis, von F. Schick ... 259
Die Tuberkulose der Harnröhre, von A. Ahrens ... 259
Kasuistischer Beitrag zur Wahl der Blasensteinoperationen beim Manne, von R. Reifsner ... 260
Behandlung der sekundären Blasenaffektionen bei Kranken mit Blasentuberkulose, von Lavaux ... 260
Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentuberkulose, von Vignerol . 260
Harnstein bei einem 16 Monate alten Kinde, von d'Haenens ... 261
Experimenteller Beitrag zur Frage von der Antiseptik bei der Behandlung chirurgischer Krankheiten der Harnwege, von Ali Krogius und Sam. Chydenius ... 261
Die nervösen Affektionen des Darmes bei der Neurasthenie des männlichen Geschlechtes (Darmneurasthenie), von Peyer ... 261
Ursprung der Circumcision, von Letourneau ... 262
Fall von Gangraena penis mit nachfolgender Plastik, von Körte ... 298

Seite

Indikationen und Kontraindikationen des Dauerkatheters nach interner Urethrotomie, von Bordas und Wickham ... 298
Beitrag zur Pathologie der Harnröhrengeschwüre, von L. Casper ... 299
Verirrte Sondenfragmente in der Blase. Vergebliche Extraktionsversuche durch die Urethra. Sectio alta. Heilung, von Loumeau ... 300
Zur Kasuistik der Blasenhalsklappen, von Poppert ... 300
Beitrag zur Behandlung der Blasentuberkulose, von L. B. Bangs ... 300
Über Blasengeschwülste, von Kümmel ... 300
Zur Frage der Harnblasenbrüche, von H. Aue ... 301
Ein Polyp der Blase, von Leonhard Görl ... 301
Fall von Drainage der Blase durch das Perineum, von Andrew Key ... 302
Die temporäre Resektion der Symphyse als Hülfsoperation bei Exstirpation von Blasentumoren, von v. Bramann ... 302
Beiträge zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnröhre und Blase, von S. Grosglik ... 302
Zur Kenntnis der Blasensteine bei Frauen, von Mankiewicz ... 303
Intermittierende Blasensteine. Dunkle Diagnose. Perinealschnitt. Heilung, von Loumeau ... 303
Ein enorm grofser Harnröhrenstein, von J. Kurbatow ... 303
Diagnose eines Blasensteins hinter und oberhalb der Symphyse durch das Cystoskop, von Viertel ... 303
Indikationen und Ausführung des transversalen hohen Blasenschnittes, von J. Albarran ... 303
Hoher Blasenschnitt zur Entfernung abgekapselter Blasensteine, von E. Wickmann 304
Extraktion eines Blasensteines um eine Haarnadel durch hohen Blasenschnitt, von Bivona ... 304
Die Lithotripsie bei Fettleibigen, von Basig ... 304
Die Tamponade der Blase nach dem hohen Blasenschnitt, von E. Desnos ... 304
Eine Verbesserung in der Technik der Urethrotomia perinealis externa, von W. L. Fluhrer ... 476
Über einen Fall von Blasenstein, von Casper ... 477
Beitrag zur Prognose des Carcinoma penis, von M. Brüning ... 478
Zur Ätiologie der Cystitiden, von R. Wreden ... 542
Perineale Urethrotomie, von Poncet ... 542
Über die Elektrolyse bei Strikturen der Harnröhre, von Tuffier ... 543
Vollständige quere Ruptur der Urethra, Naht, Heilung per primam, von Rudolf Frank ... 544
Über die Pathologie der cystischen Tumoren an der Blase, von J. H. Targelt 590
Zur operativen Behandlung der Incontinentia urinae urethralen Ursprungs beim Weibe, von G. Himmelfarb ... 590
Über einen Fall von hochgradiger kongenitaler Dilatation der Harnblase, kombiniert mit mehrfachen Mifsbildungen, von Emil Loewy ... 591
Urethralstrikturen mittelst Elektrolyse, von Reynier ... 591
Harnröhrenstriktur, von M. Mendelsohn ... 591
Ein Fall von Harnblasenverletzung, verursacht durch Beckenfraktur, von Arnheim 639
Heilung einer Mastdarmharnblasenverletzung, von H. Hensgen ... 640
Epitheliom des Penis. Amputation. Einsetzen der Urethra ins Scrotum, von H. W. Sawtelle ... 640
Über die Entfernung eines abgebrochenen Katheterstückes auf endoskopischem Wege, von F. Loewenhardt ... 640

b. Hoden und Samenblasen.

Lokalisation der Parotitis im Genitalapparat und seinen Adnexen, von J. Comby 208
Pillulae anaphrodisiacae ... 211
Über Dermoide und Teratome des Hodens, von Gerhard Heinen ... 256
Eine materialistische Ansicht von der sexuellen Impotenz, von B. Lewis ... 261
Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe, von Wilhelm Meisels ... 298
Orchitis bei Grippe, von Fiefsinger ... 299
Parotitis mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptoë, von Comby ... 479
Über die Impotenz Ludwigs XVI., von Cabanès ... 479

c. Prostata.

Seite

Die Massage der Prostata, von Ebermann ... 208
Zur Massage bei Prostatitis, von Thure Brandt ... 209
Über suprapubische Prostatektomie, von Tuffier ... 210
Über Massage der Prostata, von Max Schliefka ... 299
Über Prostatatuberkulose, von G. Marwedel ... 300
Beiträge zur Histologie der Prostatacarcinome, von K. Exner ... 543
Über die Bedeutung der Erkrankungen des Plexus venosus prostaticus (Plexus Santorinianus), von J. Englisch ... 638

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Weitere Mitteilungen über eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs im Harne nebst einigen Bemerkungen über Eiweifsausscheidung bei Gesunden, von Eduard Spiegler ... 41
Zur Lehre von der Chylurie, von Wolff ... 42
Ein Beitrag zur Lehre von den Harnfarbstoffen (Über das sogenannte Urorosein, Harnrosa), von Heinrich Rosin ... 206
Über Hämaturie, von Verhoogen ... 207
Über die Centrifuge im Dienste der Harnuntersuchung, sowie über einige neue Harnuntersuchungsmethoden, von Max Jolles ... 250
Über Amöben im Harn, von Posner ... 252
Über das Vorkommen des Urobilins im Harn von Gesunden und Kranken, von Samuel Mathias ... 252
Der relative klinische Wert verschiedener Reaktionen auf Zucker im Urin, von F. D. Beane ... 253
Über die Unbrauchbarkeit der Salpetersäure-Alkoholprobe zur Differentialdiagnose zwischen Eiweifs und Harzsubstanzen im Harn, von Carl Alexander ... 253
Über die Phenylhydrazinprobe zum Nachweis des Zuckers im Harn, von Frank 254
Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben. Eine Erwiderung von Robert Kutner ... 254
Antipyrin in der urologischen Praxis, von J. H. Brick ... 254
Über senile Dysurie, von J. Afsmuth ... 255
Inkontinenz des Urins bei Hypertrophie der Milz, von O. Bobulescu ... 256
Enuresis nocturna, von White ... 256
Fall von periodischer Hämaturie bei einem 11jährigen Mädchen, von N. Filatow 298
Fall von Nierenexstirpation bei Ureteritis, von Israel ... 477
Über die Entstehungsweise der gewundenen Harncylinder und der Spiralfäden im Auswurf, von H. Senator ... 478
Vorläufige Mitteilung über einen neuen menschlichen Parasiten, von Miyake und Scriba ... 543
Die chemische Zusammensetzung des in utero secernierten fötalen Urins, von F. U. Helme ... 638
Störungen in der Harnsekretion bei Chloroformgebrauch, von Sironi und Messandri ... 640
Nachweis von Milben im Harne, von Scriba und Miyake ... 640

e. Labien, Vagina etc.

Ein Fall von Defekt der inneren Genitalien, von Ludwig Mandl ... 206
Über Hydrocele muliebris, von Heinrich Lethaus ... 257
Über Kraurosis vulvae, von Siegfried Bartels ... 257
Über Clitoridectomie, von Johann Becker ... 257
Über das Hämatom der Vulva und Vagina, von Georgii ... 258
Die Behandlung der Vegetationen der weiblichen Geschlechtsorgane, von Richard d'Aulinay ... 543
Über einen Fall von Hermaphroditismus, von Frank ... 590
Carcinoma glandulae Bartholini, von F. Schweizer ... 591

f. Gonorrhoe und Komplikationen.

Zur Prophylaxe der Blennorrhoe, von A. Philippson ... 45
Abortivbehandlung der Blennorrhagie, von von Wedekind ... 45

Seite

Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Prostatitis blennorrhagica chronica, von Ernst Finger ... 45
Neue Beiträge zur Pathologie des Urethraltrippers beim Manne, von Samuel Róna ... 46
Klinischer Beitrag zur Urethralblennorrhagie, von Dr. Dind ... 46
Über blennorrhoische Myelitis, von Leyden ... 46
Über einen Ausschlag von verhornten Krusten im Verlaufe eines Trippers, von E. Vidal ... 46
Bauchfellentzündung infolge des Harnröhrentrippers beim Manne, von M. von Zeissl ... 47
Beiträge zur Kenntnis der blennorrhoischen Nerven- und Rückenmarkserkrankungen, von Julius Engel-Reimers ... 47
Therapeutische Mitteilungen. I. Zur Behandlung der Gonorrhoe, von Ernst Gebert ... 211
Über mechanische Behandlungsmethoden der chronischen infiltrierenden Urethritis, von H. Lohnstein ... 212
Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis, von v. Watraszewski ... 212
Ein neues Instrument für die Behandlung der Urethritis, von J. W. Williams. 213
Die Urethritis chronica und ihre Folgen, von Tuffier ... 213
Über die auf Gonokokken beruhenden Periurethralabscesse, von Ed. Welander 213
Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhoe? Von E. Samter ... 213
Über die Wirkung des Alumnols auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis, von L. Casper ... 214
Gonorrhoea recti, von G. Dock ... 214
Der Gonococcus in seinen Beziehungen zur Gonorrhoe des Weibes, von M. A. Crockett ... 214
Zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe des Weibes, von Bröse .. 215
Die Behandlung der Gonorrhoe und der gonorrhoischen Erkrankungen im kleinen Becken beim Weibe, von C. C. Frederick ... 215
Zur Gonorrhoe des Weibes, von Witte ... 215
Über Gonorrhoe bei kleinen Mädchen, von Emil Kaufmann ... 216
Über gonorrhoische Gelenkentzündungen bei Kindern, von Guinon ... 216
Tripperrheumatismus bei kleinen Mädchen, von M. A. Béclère ... 216
Spinale und nervöse Erscheinungen während der Blennorrhoe, von L. Raynaud 216
Die Behandlung der Gonorrhoe nach den neueren Methoden, von J. E. Guentz 479
Über spezifische Vaginitis, von John G. Cecil ... 480
Die Vulvovaginitis bei Mädchen und Urethritis bei Knaben, von H. Koplik.... 480
Ätiologie und Prophylaxe der Ophthalmia neonatorum, von Seguin ... 480
Die Behandlung der Blennorrhagie mit Salol, von Gramitzow ... 641
Nachtrag zur Behandlung der Gonorrhoe, von W F. Glenn ... 641
Vorläufige Mitteilung über die Gonorrhoe im Wochenbett, von Krönig ... 641
Zur Kenntnis der blennorrhagischen Komplikationen. Arthritis blennorrhagica, von M. Stern ... 641
Behandlung der gonorrhoischen Urethritis beim Weibe, von Rollet ... 642
Arthritis blennorrhoica, von R. Deutschmann ... 642
Gonokokken und Pseudogonokokken, von Hogge ... 642
Über Gonorrhoe, von Leudesdorf ... 642
Prophylaxis gegen Blennorrhoe der Neugeborenen durch Jodoform, von Valude 643
Folliculitis glandularis gonorrhoica, von Molinié ... 643
Über gonorrhoische Vaginitis, von J. G. Cecil ... 643
Vulvovaginitis bei Kindern, von E. Martin ... 643

IV. Notizen.

Berichtigung von Dr. Seifert ... 544
Berichtigung von Prof. Dr. Köbner ... 644

Seite
V. Sachverzeichnis 645
VI. Namenverzeichnis 673

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.
Sind die durch Kantharidin und Krotonöl erzeugten Entzündungen der Haut Ekzeme? Von Gustav Kulisch (Tafel I und II) 1
Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis herpetiformis, von Funk (Tafel III) ... 265
Ein Beitrag zur Differenzierung der Epidermidosen und Chorioblastosen auf Grundlage eines neuen Falles von „Acanthosis nigricans", von Heinrich Mourek (Tafel IV und V) 366
Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der Knäueldrüsengänge (Porokeratosis), von V. Mibelli (Tafel VI und VII und 3 Figuren im Text) 417

Verschiedenes.

Ein neuer elektrischer Universalapparat, von Eduard Thorner 112
Filaria sanguinis beim Frosche; Entdeckung des Männchens, von de Nabias und Sabrazès 159
Eine blasenziehende Farbe, von John Hellier 160
Fissuren der Zunge 160
Zur Behandlung der narbigen Mastdarmverengerungen, von Credé 160
Katalog für Dermatologie und Syphilis, von J. B. Baillière & fils. 160
Bericht für 1891 der dermatologischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen, von Haslund 262
Bericht für 1891 des Vestre-Hospitals, von R. Bergh 262
Bericht des Lungegaardhospitals (bei Bergen) 1889—1891, von Danielssen 262
Zur Behandlung geschlechtskranker Kassenmitglieder, von R. Ledermann 262
Ein Beitrag zur Methode der Hauttransplantation nach Thiersch, von Trnka ... 264
Über einen Fall von Dermatalgie, von G. Elliot 592
Die Strafbarkeit der Übertragung ansteckender Krankheiten, von H. Quincke . 592
Über das spärliche Vorkommen von Geschlechtskrankheiten bei der Arbeiterbevölkerung von Paris, von Fiaux 644

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. 1. Juli 1893.

JUN 5 1897
LIBRARY.
H207

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme?

Von

Dr. Gustav Kulisch, Halle a. S.

(Mit Tafel I und II.)

I. Einleitung.

Unter den in der Dermatologie zur Diskussion stehenden Fragen nimmt seit geraumer Zeit die Ekzemfrage eine der ersten Stellen ein. Bei der grofsen Verbreitung des Ekzems — ist es doch die absolut häufigste Hautkrankheit — mufs es Wunder nehmen, dafs es bisher nicht möglich gewesen ist, eine Definition des klinischen Krankheitsbegriffes „Ekžem“ zu geben, die von der grofsen Mehrzahl der Dermatologen, geschweige denn allseitig anerkannt wäre. Wenn man die wesentlichsten Differenzpunkte in Betracht zieht, so haben dieselben zu einer Trennung der Dermatologen in zwei Lager geführt. Auf der einen Seite finden wir die Wiener Schule und ihre Anhänger als Verfechter des Standpunktes, den Hebra einnahm, auf der andern die Engländer, Franzosen, Italiener, Amerikaner und von den Deutschen hauptsächlich resp. wohl allein Unna. Damit soll nicht gesagt sein, dafs die je einer dieser zwei grofsen Parteien angehörigen einzelnen Schulen in allen Punkten übereinstimmten; im Gegenteil: nicht nur zwischen den einzelnen Nationen, sondern auch zwischen den einzelnen Vertretern dieser bestehen selbst wieder Meinungsverschiedenheiten, auf die näher einzugehen jedoch hier nicht am Platze ist. Indes ist eine Erörterung der Kardinalstreitpunkte absolut nötig.

Die Vertreter der Wiener Schule teilen bekanntlich die Ekzeme in idiopathische und symptomatische ein und verstehen unter jenen solche, welche hervorgerufen werden „durch aufserhalb des Organismus gelegene (mechanische, chemische, thermische) Schädlichkeiten, die durch direkte, lokale Einwirkung auf diesen wirken,“ während sie unter der Gruppe der symptomatischen Ekzeme alle die zusammenfassen, „welche durch im

Organismus selbst wurzelnde Schädlichkeiten bedingt sind.“ [1] Unter den die erstere Gruppe von Ekzemen bedingenden Noxen sind es in erster Linie die durch ihren Chemismus wirkenden Substanzen (Oleum Crotonis, Tinctura Cantharidum, Emplastrum vesicatorium, Tinctura Arnicae, Tartarus emeticus u. s. w.), denen von der Wiener Schule eine grofse Bedeutung beigemessen wird.

Dem gegenüber wollen die Anhänger der Gegenpartei den Begriff Ekzem wesentlich enger begrenzt wissen. Sie verlangen vor allem die Ausscheidung der durch chemische Agentien artificiell entstandenen, akuten Dermatitiden aus der Ekzemgruppe, fassen sie also als Dermatitiden sui generis auf, die vom Ekzem als solchem streng zu trennen sind. Sie fordern demnach eine prinzipielle Scheidung, während nach der Auffassung der Wiener Schule zwischen einer Dermatitis e venenatis und einem Ekzem nur ein gradueller Unterschied besteht. [2]

Geht man näher auf den von der Wiener Schule vertretenen Standpunkt ein, so begründet sie denselben durch ein von Hebra angestelltes Experiment, auf das immer und immer wieder zurückgegriffen wird. Es dürfte daher angezeigt sein, die Hebraschen Angaben hier kurz zu rekapitulieren. [3]

Reibt man entweder verschiedenen Individuen an den gleichen oder einem Menschen an verschiedenen Hautstellen die gleiche Menge Krotonöl ein, so zeigt sich schon nach einigen Stunden eine Wirkung, und zwar ist dieselbe an den verschiedenen Hautstellen verschieden. „So wird man,“ sagt Hebra, „an einigen Hautstellen, wie am Skrotum und Penis, eine starke, ödematöse Schwellung und Rötung, manchmal auch eine unendlich grofse Anzahl kleiner Bläschen beobachten; im Gesicht wird meist die Schwellung bedeutender und die Bläschenbildung geringer bemerkbar sein, während an der Haut der Extremitäten rote Knötchen, hie und da selbst schon Bläschen vorkommen.“

Läfst man diese Efflorescenzen spontan ablaufen, so ist in den meisten Fällen nach einigen Tagen als Rest der Entzündung nur noch Rötung und Schuppung vorhanden; wiederholt man dagegen am nächsten Tage an denselben Stellen und mit der gleichen Menge des chemischen Agens den Versuch, „so werden teils an den nach der ersten Bepinselung frei gebliebenen Hautstellen neue Efflorescenzen zu Tage treten, teils werden die früher in geringer Entwickelung vorhanden gewesenen zu gröfseren und erhabeneren Gebilden umgewandelt werden, d. h. es werden sich aus den durch die erste Bepinselung gebildeten Knötchen nunmehr Bläschen

[1] Hebra und Kaposi, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 2. Aufl. Bd. 1. S. 451. Erlangen 1874. Ferdinand Enke.

[2] M. Kaposi, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* 3. Aufl. S. 125, 375, 493. Wien und Leipzig 1887. Urban & Schwarzenberg.

[3] Hebra und Kaposi. S. 413ff.

entwickeln, und dies zwar aus leicht begreiflichem Grunde, weil sich die Menge der subepidermidal exsudierten Flüssigkeit vermehrt hat und so unter der äußersten Epidermisschicht sichtbar wurde."

Auch diese Efflorescenzen enden, wenn man die betreffenden Partien nicht weiter irritiert, wie die vom ersten Tage mit Rötung und Schuppung, bei drei-, vier-, fünfmaliger u. s. f. Wiederholung des Versuches hingegen „steigert sich die krankhafte Affektion der allgemeinen Decke sowohl an Intensität als an Extension; es werden nämlich in einem solchen Falle nicht nur allein an den mit dem Mittel wirklich in Berührung gebrachten Hautstellen die Menge und Entwickelung der Efflorescenzen zunehmen, sondern auch die peripherisch gelegenen Hautstellen, welche gar nicht bepinselt wurden, werden in den Kreis der Erkrankung hineingezogen, und man wird an diesen Stellen jene Anfangsefflorescenzen bemerken, welche an den mit dem Krotonöl bepinselten Hautstellen schon am ersten Tage erschienen waren."

„Ein bis zu dieser Höhe gesteigertes, artificielles Ekzem wird nur in den seltensten Fällen ohne weitere Metamorphose der künstlich gesetzten Efflorescenzen auf die früher beschriebene Weise mit Abschuppung enden." Es kommt meist nicht nur zur Bläschenbildung, sondern durch das Platzen der Decke derselben zu nässenden Flächen. An wieder anderen Stellen werden sich die Bläschen zu Pusteln umwandeln, die dann durch Eintrocknung des Inhalts zur Krustenbildung Veranlassung geben.

„Nachdem das auf diese Weise artificiell gebildete Ekzem seinen Verlauf bis zu der benannten Höhe durchgemacht hat, schreitet es über kurz oder lang wieder seiner regressiven Metamorphose entgegen. Hören nämlich die Nachschübe auf, bilden sich keine neue Efflorescenzen mehr, so werden nach und nach sämtliche Bläschen und Pusteln vertrocknen, die dadurch gebildeten Borken durch neu nachrückende, gesunde Epidermis verdrängt, und nach Abfallen der vertrockneten Ekzemprodukte wird sich eine rote, mehr weniger infiltrierte, mit Schüppchen (abgestorbene Epidermisreste) bedeckte Stelle dem Blicke des Beobachters ebenso darbieten, wie wir dies in den anderen Fällen geringeren Ekzems gesehen und wiederholt besprochen haben."

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, die Bedeutung, welche seiner Zeit der Hebrasche Versuch für die gesamte Dermatopathologie, im Speciellen für die Ekzemlehre hatte, zu erörtern, indes scheint die Frage wohl der Diskussion wert, ob derselbe noch heute die Beweiskraft besitzt, welche ihm von der Wiener Schule beigemessen wird.

Es würde ermüden, wollten wir die in den einzelnen deutschen Lehrbüchern und Monographien enthaltenen, diesen Punkt betreffenden Ansichten citieren, da dieselben stets nur die Auseinandersetzungen Hebras rekapitulieren, ohne aber neue Argumente beizubringen. Teilweise führen

die betreffenden Autoren das Hebrasche Experiment direkt an, teilweise beziehen sie sich darauf.

Man sollte meinen, es habe nichts näher gelegen, als dafs man, ohne damit die Autorität Hebras irgendwie anzuzweifeln, versucht hätte, die betreffenden Hebraschen Lehren weiterhin wissenschaftlich zu begründen resp. auszubauen. Denn es unterliegt wohl keinem Zweifel, dafs wir heutzutage ganz andere Anforderungen an die Pathogenese einer Erkrankung stellen müssen, als dies für das Ekzem durch den Hebraschen Versuch geschehen ist. Wenn daher Th. Veiel[4] in seiner Abhandlung über das Ekzem als Antwort auf die Frage: „sind die dem Ekzem ähnlichen, durch äufsere Reizmittel (wie Krotonöl) hervorgebrachten Entzündungserscheinungen vom Ekzem zu trennen oder nicht?" sagt: „Ich bin der Ansicht, dafs wir nicht berechtigt sind, anatomisch gleichartige, die gleiche Reihenfolge von Bildern darbietende Erkrankungen voneinander zu trennen, so lange jene unbekannte, den konstitutionellen Ekzemen zu Grunde liegende Ursache nicht gefunden ist", so möchten wir demgegenüber behaupten, dafs es bisher noch niemandem gelungen ist, die Identität der in Frage kommenden Effloreseenzen nachzuweisen, d. h. dieselben auch histologisch zu begründen. Nur ein Versuch derart, und zwar mit negativem Erfolge, ist bisher von Touton[5] gemacht worden.

Ist die Ansicht der Wiener Schule richtig, so mufs es gelingen, mit den oben erwähnten chemischen Mitteln Erkrankungsformen hervorzurufen, die mit den beim spontan auftretenden Ekzem vorkommenden klinisch wie histologisch übereinstimmen. Ich habe es daher auf Vorschlag von Herrn Dr. Unna unternommen, die Einwirkung einiger dieser chemischen Substanzen: des Kantharidins und des Krotonöls, auf die Haut experimentell zu prüfen, Studien, deren Resultate ich im folgenden wiedergebe.

II. Die Kantharidindermatitis.

Das Kantharidin ist das wesentlichste wirksame Prinzip der spanischen Fliegen, der Kanthariden. Es ist ein stickstofffreier, krystallisierender, chemischer Körper, der zuerst durch Robiquet isoliert wurde und dessen weitere Erforschung wir vor allem Dragendorff verdanken. Nach seinen Untersuchungen ist er als das Anhydrid der Kantharidinsäure aufzufassen, die sich mit verschiedenen Metallen zu löslichen, in ihrer Wirkung dem Kantharidin gleichenden Salzen verbindet.

Von Alters her hat man sich vielfach der Kanthariden zur Applikation auf der äufseren Haut bedient, hauptsächlich in der Absicht, zur

[4] von Ziemssen, *Handbuch der Hautkrankheiten.* I. Teil. Leipzig 1883. F. C. W. Vogel.

[5] K. Touton, *Vergleichende Untersuchungen über die Entwicklung der Blasen in der Epidermis.* S. 30. Tübingen 1882. Franz Fues.

Ableitung von entfernten krankhaften Teilen eine exsudative Entzündung der Haut hervorzurufen. Trotz der vielfachen klinischen Beobachtungen, die über die einzelnen Phasen der Blasenbildung vorliegen, ist man zu einer einheitlichen Ansicht über die Wirkungsweise der Kantharіden resp. des Kantharidins bisher noch nicht gekommen.

Von der mir zugänglichen deutschen pharmakologischen Litteratur enthalten die ausführlichsten Angaben über diesen Gegenstand die Handbücher von HUSEMANN und HARNACK, deren Ausführungen ich daher hier kurz referieren will. Eine genaue Zusammenstellung der gesamten einschlägigen Litteratur findet sich bei R. KOBERT, *Lehrbuch der Intoxikationen*, Stuttgart 1893, F. Enke.

Nach HUSEMANN[6] ruft das Kantharidin und die Alkalisalze der Kantharidinsäure (GUBLER) bei Applikation auf der äufseren Haut verhältnismäfsig langsam und mit wenig Schmerzen verbunden Entzündung hervor. Bei kurzer Einwirkung entsteht subjektiv das Gefühl von Wärme sowie Prickeln, während objektiv keine nennenswerte Veränderung der Farbe und der Temperatur an der betreffenden Stelle nachweisbar ist. Bei weiterer Einwirkung wandeln diese Sensationen sich in brennenden Schmerz um, und man beobachtet klinisch eine Rötung der Applikationsstelle, bedingt durch eine Überfüllung der oberflächlichen Kapillargefäfse mit Blut. Bei protrahierter Applikation kommt es in der Epidermis zur Bildung kleiner Bläschen, die allmählich zu einer gröfseren Blase zusammenfliefsen. Der Inhalt der letzteren ist klares, gelbliches, alkalisches, eiweifshaltiges Serum, das anfangs nur wenige weifse Blutkörper aufweist, später aber durch Zunahme derselben mehr trübe wird. Falls die Anwendung des Mittels nun sistiert wird, entleert sich der Inhalt der Blase nach aufsen oder wird resorbiert, aus dem zurückbleibenden Epithel wird eine neue Epidermis gebildet, und die abgehobene Oberhaut trocknet ein und stöfst sich ab. Bei weiterer Einwirkung des Mittels hingegen geht die Entzündung auf das Corium über, und es kommt dann zur Eiterung.

Die Zeit, während der die Blasenbildung eintritt, ist individuell sehr verschieden und vor allem abhängig von der Beschaffenheit der Haut. Je dünner die Oberhaut und je mehr Gefäfse und Nerven die betreffende Hautpartie enthält, um so energischer ist die Wirkung und um so schneller der Übergang von Hautrötung zur Blasenbildung. An blutgefäfslosen Geweben, z. B. Sehnen, ist das Kantharidin wirkungslos (C. WERNHER).

Was nun den näheren Vorgang der Blasenbildung betrifft, d. h. die Frage, welcher Eigenschaft das Kantharidin seine Wirksamkeit verdankt, so ist HUSEMANN nicht im stande, eine positive Erklärung zu geben. Er spricht die Vermutung aus, dafs man eventuell an eine Wasserentziehung

[6] HUSEMANN, *Handbuch der gesamten Arzneimittellehre*. Berlin 1892. Julius Springer.

im Corium denken könne, indes seien die Quantitäten Kantharidin, die zur Hervorrufung einer Blase genügten, wohl zu klein, um diese Annahme gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Zuerst sind nach seiner Ansicht wohl nicht die Gefäfswandungen, sondern die Nerven betroffen, eine Auffassung, für die er die Thatsache heranzieht, dafs bei minimalster Einwirkung des Giftes sich nur veränderte Gefühlsperzeption zeige, der nach mehr oder minder langer Zeit Epidermisabschuppung folge.

Harnack[7] giebt im ganzen denselben Verlauf bei der durch Kantharidin bewirkten Vesikation an, indes hebt er noch den reichen Fibringehalt der fertigen Blase hervor. In betreff der Wirkungsweise wendet er sich gegen die von Buchheim ausgesprochene Vermutung, dafs das Kantharidin sich mit den Eiweifsstoffen nach Analogie des Wassers verbinde, da einige Tiere (Frösche, Hühner, Igel) gegen dasselbe absolut immun seien.

Von Autoren, die in neuerer Zeit unser vorliegendes Thema bearbeitet haben, sind Unna, Touton und Moses zu nennen.

Unna[8] untersuchte die Decke von ca. 20 beim Menschen durch Emplastrum Cantharidum ordinarium erzeugten Blasen, meist 12—24 Stunden nach ihrem Auftreten; in 5 Fällen excidierte er post mortem den Grund der Blasen, die 12—24 Stunden bestanden hatten. Die primäre Einwirkung auf die Haut besteht nach seiner Ansicht in der Hervorrufung eines durch den Entzündungsreiz verstärkten Ernährungsstromes, der in die unteren Stachelzellenlagen eindringt und, da die normalen Intercellularräume ihn nicht zu fassen vermögen, dieselben auseinanderreifst, derart, dafs nur einzelne Zellgruppen an der Cutis zurückbleiben. Der so geschaffene Raum wird durch nachsickerndes Sekret, soweit es die Elasticität der Hornschicht gestattet, erweitert. Sekundär treten dann infolge der Einwirkung des Exsudates an den Epidermiszellen verschiedene Veränderungen ein. Die Stachelzellen quellen auf, verlieren ihren Stachelpanzer und platten sich polygonal ab. An einzelnen Komplexen der tieferen Epithellagen, besonders an den Wandungen der Schweifsdrüsenkanäle sowie den oberen Stachelzellenlagen kommt es zu einem „unvollkommenen Proliferationsprozefs“. Bisweilen tritt Kern- und Zellteilung ein, zumeist jedoch bilden sich in der Umgebung der Zellkerne „körnige Bänder“, die ihrerseits wiederum zu sogenannten „wurstförmigen Körpern“ zerfallen, oder es kommt auch zum Zerfall ganzer Zellen in kernähnliche Teile. Des weiteren äufsert sich der Einfluſs des serösen Exsudates in einer von unten nach oben fortschreitenden „fibrinoïden Metamorphose“

---

[7] Harnack, *Lehrbuch der Arzneimittellehre und der Arzneiverordnungslehre.* Hamburg und Leipzig 1883. Leopold Voss.

[8] P. G. Unna, Zur Anatomie der Blasenbildung an der menschlichen Haut *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* V. Jahrg. Wien 1878. Wilhelm Braumüller.

alles vorhandenen Protoplasmas sowie in einem Kernzerfall in den aus einfacher Proliferation entstandenen Zellen, vielfach auch hier wieder unter Bildung der „wurstförmigen Körper". Schliefslich findet sich an Stelle der früheren Stachelzellenschicht „ein kompliciertes Gebilde, bestehend aus faserigen, durch den Druck der Flüssigkeit zu Bändern abgeplatteten Massen, welche vereinzelte Epithelien, Nester von solchen und überall zerstreut Kerne und kernähnliche Bildungen einschliefsen." Durch fortdauernde Aufnahme gerinnungsfähiger Stoffe aus der Blasenflüssigkeit quellen diese Massen allmählich mehr und mehr auf und werden einer fibrinösen Masse immer mehr ähnlich.

Touton[9] erzeugte durch langsam wirkende Vesikatore — eine nähere Angabe des Präparates fehlt — teils auf der Innenfläche, teils auf der Aufsenfläche des Ohres weifser Kaninchen Kanthariden-Blasen. Die Wirkung trat verhältnismäfsig langsam ein: nach 22 Stunden waren die betreffenden Stellen deutlich gerötet ohne wesentliche Erhebung über das Niveau der übrigen Haut; nach 48 Stunden war deutliche Blasenbildung vorhanden, und zwar handelte es sich stets um einkammerige Blasen infolge Mangels eines Papillarkörpers. Nach Toutons Untersuchungen findet dabei eine Zerstörung der ganzen Stachelschicht statt; zuletzt wird die Basalschicht ergriffen. Der Blasenraum wird ausgefüllt von einem derben, fibrinösen Gerinnsel, das seinerseits Epithelzellen und Leukocyten in den verschiedensten Stadien der Degeneration einschliefst. Die Zellen schwinden allmählich mehr und mehr, so dafs die fädigkörnige Pseudomembran nur noch spärliche Kernreste aufweist. Schliefslich werden diese Massen durch einwandernde Leukocyten wieder verflüssigt.

Was nun den näheren Vorgang der Zelldegeneration betrifft, so schwillt zunächst die Zelle in toto an. Der Kern wird blasser, das Protoplasma erscheint nicht mehr zart granuliert, sondern wandelt sich in eine fädig-körnige Membran um, eine Entartung, die sich auch am Kern allmählich einstellt. Aufser diesem Degenerationsmodus kommt auch noch eine Umwandlung der Stachelzellen in homogene, kernlose Schollen vor, indes ist dieser Vorgang weit seltener als der erst beschriebene.

Die Zahl der Leukocyten ist in den frühen Stadien der Blasenbildung nur sehr gering. Dieselben gehen auch die oben an den Stachelzellen beschriebenen Veränderungen ein. In fortgeschritteneren Blasen treten sie reichlich auf, und zwar trifft man sie hauptsächlich in den oberen Teilen an, während sie von der Cutis durch gröfsere oder kleinere fibrinöse Massen getrennt sind, in denen sie selbst auch hie und da zerstreut liegen.

---

[9] K. Touton, *Vergleichende Untersuchungen über die Entwickelung der Blasen in der Epidermis.* Tübingen 1882. Franz Fues.

Sie verflüssigen, wie oben erwähnt, nach den Beobachtungen von Touton schliefslich die gesamte geronnene Masse.

Es mag gleich hier eine kurze Mitteilung Lebers[10] über die Leukocyten in Kantharidinblasen eingeschoben werden. Derselbe giebt nämlich an, im Inhalte frischer Vesikatorblasen zahlreiche, in amöboider Bewegung begriffene Leukocyten gefunden zu haben.

Die Cutis ist nach den Untersuchungen Toutons überall kleinzellig infiltriert, und zwar findet sich die Infiltration in Längszügen zwischen den Bindegewebsbündeln. Am geringsten ist dieselbe da, wo die fibrinöse Membran am stärksten ausgebildet ist.

Die Epithelregeneration beginnt vom Rande her, die ersten Anzeichen derselben findet man etwa gleichzeitig mit dem Auftreten der reichlichen Leukocytenansammlungen.

Moses[11] stellte an Kaninchen Untersuchungen in der Weise an, dafs er Kantharidentinktur (1 : 10) an 12 Tagen hintereinander, mit Aussetzung eines Tages, je 1—2 mal pro Tag, im ganzen 15 mal auf dieselbe Stelle der Rückenhaut auftrug. Nach seinen Beobachtungen kommt es dadurch zu einem chronischen Entzündungsprozefs, der sich äufsert in Hypertrophie und Hyperplasie des Gewebes. Die Haut fühlt sich bei Betastung hart, verdickt, unelastisch an und ist wenig verschiebbar. Diesem hypertrophischen Stadium folgt das der Rückbildung. Die Haut wird dabei weniger dick, aber mehr fest und derb, und zwar einesteils durch Abschuppung, andernteils durch Resorption der flüssigen Bestandteile des Parenchyms und der durch regressive Metamorphose resorptionsfähig gewordenen, festen Gewebsbestandteile. Mit diesen Erscheinungen ist häufig Pigmentierung der betreffenden Hautpartien verbunden.

Aufserdem konnte Moses einen günstigen Einfluls der Kantharidentinktur auf den Haarwuchs konstatieren, und zwar führt er denselben auf zwei Möglichkeiten zurück: entweder kommt es zu einer gesteigerten Thätigkeit der Bildungszellen, bedingt durch die wiederholte, starke Hyperämie, oder es findet eine vermehrte Zellenproduktion in den Haarbälgen selbst statt.

Histologische Angaben fehlen in der Arbeit, indes giebt Moses an, bei der Sektion eine Verdünnung der Epidermis und eine Erweiterung und Verdickung der Gefäfse gefunden zu haben, Veränderungen, die mehr an den Arterien als an den Venen ausgesprochen waren.

Meine eigenen Untersuchungen, 18 an der Zahl, wurden stets mit reinem Kantharidin angestellt, und zwar brachte ich dasselbe in ver-

[10] Th. Leber, *Die Entstehung der Entzündung u. s. w.* S. 334. Leipzig 1891. W. Engelmann.

[11] Moses P. Moses, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Kantharidentinktur und die dadurch hervorgebrachten örtlichen Hautveränderungen. *Inaug.-Dissert.* Würzburg 1885. Beckers Universitäts-Buchdruckerei.

schiedenen Stärken, Präparaten und Vehikeln bei Menschen und verschiedenen Tieren (Meerschwein, Kaninchen, Katze, Hund) zur Anwendung. Zunächst bediente ich mich einer alkoholischen (1‰) Lösung, die ich jedoch für meine Versuche sehr unzweckmäfsig fand, da bei der Applikation die Tinktur sehr schnell auseinanderfloſs, während es mir darauf ankam, eine möglichst auf die Auftragungsstelle beschränkte Wirkung zu erzielen, um vor allem die primäre Einwirkung des Giftes studieren zu können, ein Punkt, der bei den bisherigen Arbeiten nur wenig berücksichtigt war. Von der Anwendung eines Kantharidinpflasters glaubte ich für gewöhnlich aus dem Grunde absehen zu müssen, da durch dasselbe die klinische Beobachtung sehr erschwert, wenn nicht gänzlich unmöglich gemacht wurde. Ich suchte mir daher eine durchsichtige, zähflüssige Masse zu verschaffen und wählte dazu auf Anraten des Apothekers eine möglichst indifferente, harzige Substanz: Mastix und Sandarakharz aa, ein Gemisch, das einer (1‰) Chloroform-Kantharidinlösung solange zugesetzt wurde, bis die gewünschte Konsistenz erreicht war. Sofort nach dem Auftragen verdunstete das Chloroform, und es blieb die harzige Masse mit dem Kantharidin zurück.

Es sei hier gleich bemerkt, dafs eine Mitwirkung des Chloroforms absolut nicht in Betracht kommt, wie in dieser Richtung angestellte Parallelversuche ergaben.

Zumeist begnügte ich mich damit, einmal von der betreffenden Lösung aufzutragen, dann die Wirkung abzuwarten und nach den dabei gemachten Erfahrungen in betreff der Zeit der Einwirkung die einzelnen Zwischenstadien zu gewinnen.

Aufser dieser, ich will sagen, akuten Einwirkung suchte ich auch in einigen Fällen einen mehr chronischen Einfluſs des Kantharidins in der Weise zu erzielen, dafs ich in dem einen Falle beim Hund mehrere Tage hintereinander eine (1‰) alkoholische Lösung an derselben Stelle auftrug, in dem anderen Falle mir nach Analogie des früheren Emplastrum Cantharidum perpet. ein Kantharidinpflaster mit indifferenten Klebestoffen herstellen und dieses während mehrerer Tage bei mir selbst liegen liefs. Das betreffende Pflaster bestand aus 5 Teilen Dammarharz und einem Teil Ricinusöl, denen so viel Kantharidin zugesetzt wurde, dafs ein 1‰iges Pflaster hergestellt wurde.

Schliefslich experimentierte ich noch mit Kantharidin in Substanz, das ich auf die Haut auflegte und mit einem impermeabeln Stoff, meist Guttaperchapapier bedeckte, den ich dann durch einen Verband oder Leim fixierte. In einigen Fällen applizierte ich über dem Guttaperchapapier noch einen festgerollten Wattebausch, der dann seinerseits durch den definitiven Verband wieder befestigt wurde. Speciell bei Untersuchung dieser mit Kantharidin in Substanz angestellten Versuche stellte

es sich heraus, dafs eine Wirkung des Chloroforms in den obigen Fällen nicht in Betracht kam.

Im folgenden gebe ich eine Gesamtübersicht über meine Experimente mit kurzer Angabe der Versuchsobjekte, der Applikationsstelle, der Präparate und der Zeit, nach welcher von der Applikation an gerechnet die Excision erfolgte.

I. Mensch. Linker Unterarm: Streckseite.
   1. Kantharidin in Substanz:
      a) Herr X.: 4 St.
      b) Verf. selbst: 3½ St.
   2. Chloroform-Kantharidin-Harzgemisch 1‰:
      a) Herr X.: ¾, 1½ St.
      b) Verf. selbst: 3, 7, 22 St.
   3. Kantharidinpflaster 1‰:
      Verf. selbst: 78 St.

II. Meerschwein. Ohr: Aufsenfläche. Alkoholische Kantharidinlösung 1‰; 24 St.

III. Kaninchen. Ohr: Innenfläche. Chloroform-Kantharidin-Harzgemisch 1‰; 22 St.

IV. Katze. Ohr: Innenfläche. Präparat wie bei III. 20 St.

V. Afrikanischer nackter Hund. Rücken:
   1. Kantharidin in Substanz:
      1, 2, 3 St.
      2, 16 St. (mit Druck kombiniert).
   2. Alkoholische Kantharidinlösung 1‰:
      Applikation 4 Tage und 10 Tage hintereinander.

Die betreffenden Präparate wurden stets in vivo ausgeschnitten, in Alkohol gehärtet und in Celloïdin eingebettet.

Aufser diesen an lebenden Objekten vorgenommenen Versuchen wurden noch einige Beobachtungen angestellt über die Einwirkung des in Wasser löslichen kantharidinsauren Kalis auf Gewebsbestandteile, die ebenfalls frisch dem Tier entnommen wurden.

Ich schnitt zu dem Zweck einem Meerschwein ein Ohr ab und bewahrte einen Teil desselben während 24 Stunden in Liebreichscher Lösung im Brutschrank bei Körpertemperatur auf. Des weiteren legte ich, um den Einflufs der Flüssigkeit als solcher und den des überschüssigen Alkalis bei diesem Versuch annähernd bemessen zu können, von demselben Ohr je ein Stück in neutrales destilliertes Wasser, in Kalilauge 1:1000 und 1:5000, stellte dieselben ebenfalls in den Brutschrank und behandelte dann alle Präparate in der gewöhnlichen Weise.

An Färbemitteln wurden verwandt:

1. zu Übersichtsbildern:

Methylenblau,
Hämatoxylin;

2. zur Nukleïn-Elastinfärbung:
saures Orceïn: Hämatoxylin;
3. zur Protoplasmafärbung:
alkalisches Methylenblau: Entfärbung mit Styron;
4. zum Studium der Protoplasmaveränderungen:
Methylenblau: Entfärbung mit Alkohol-Orange;
5. zum Studium der Fibrinbildung:
Gentianaviolett: Anilinöl. (WEIGERTsche Fibrinfärbung.)

I. Meerschwein.

Bei einem ausgewachsenen Meerschwein wurden mittelst eines kleinen Wattetupfers auf die Aufsenfläche des Ohres mehrmals unmittelbar hintereinander einige Tropfen einer 1‰igen alkoholischen Kantharidinlösung aufgetragen, die sich sehr schnell, teilweise auch über die Innenfläche ausbreiteten. Nach Ablauf einiger Stunden traten die Gefäfse etwas ausgeprägter als normalerweise hervor, nach etwa 20 Stunden war deutliche, fast über die ganze Fläche des Ohres ausgedehnte Blasenbildung vorhanden ohne nennenswerte Schwellung des Organes. Ein Teil desselben wurde mittelst Schere abgetragen. Bei mehrfacher Wiederholung des Versuches wurde stets die gleiche Beobachtung gemacht, dafs die makroskopisch wahrnehmbaren, der Vesikation voraufgehenden Veränderungen nur sehr gering waren.

Mikroskopischer Befund.

Enorme blasige Abhebung auf beiden Seiten des Ohres, so dafs die Blasendecke nur noch auf einer Seite am Rande mit der Cutis zusammenhängt. Die Blase nimmt den bei weitem gröfsten Raum ein und in dieser wieder Fibrin, so dafs die Epithelien ganz in den Hintergrund treten.

Die obere Begrenzung der Blase wird — mit Ausnahme einiger Stellen — von Horn-, Körner- und Stachelschicht gebildet. Die Zellen der letzteren, immer in mehreren Lagen vorhanden, sind zum gröfsten Teil in ungefärbte, homogene, kernlose Schollen umgewandelt. Diese schliefsen sich ihrerseits wieder zu gröfseren oder kleineren Flächen zusammen, hier und da sind sie zu bandartigen Gebilden aneinander gereiht, die vielfach ausgezogen und plattgedrückt erscheinen. Mehrfach finden sich darin noch Kernreste. Nur wenige Zellen zeigen noch einen deutlichen, normalen Kern, hingegen findet man alle Übergänge von den normalen zu den degenerierten Elementen. Im wesentlichen besteht diese Umwandlung in einer Auslaugung des Chromatins, ein Degenerationsmodus, auf den weiter unten noch näher eingegangen werden soll. In den homogenen Massen zerstreut finden sich überall Chromatinreste, reichlich Pigment in Form feiner brauner Körner von verschiedener Gröfse, aufserdem eine mäfsige Zahl von Leukocyten mit fragmentierten Kernen, sowie hier und da krümliges Fibrin vor.

Der Blasengrund wird dargestellt von einer oder mehreren Lagen komprimierter, teilweise in Zerfall begriffener Stachelzellen. An diese schliefst sich nach dem Blasenraum hin eine aus mehreren Gebilden bestehende Masse an. Man trifft

da Stachelzellen in verschiedenen Stadien der Degeneration, vor allem solche mit zusammengeklumpten Kernen, ferner Leukocyten in ziemlich reichlicher Menge, alles eingebettet in ein feines, fädig-körniges Fibrinnetz, das hier und da auch noch ausgeschwemmte Chromatinbröckel aufweist.

Der Blasenraum wird erfüllt von grofsen, vielfach zusammenhängenden Haufen von Stachelzellen, die am Rande meist schon vollständig entartet sind, in der Mitte hingegen alle Übergänge von ödematösen zu vollständig homogenisierten Gebilden darstellen. Den gröfsten Raum jedoch nimmt, wie schon oben erwähnt, ein auffallend reichliches, fädig-körniges Fibrinnetz ein.

Am Rande des Ohres, wo die Epidermis noch mit der Cutis zusammenhängt kann man den Beginn der Blasenbildung beobachten. Die Abhebung findet in den oberen Stachelzellen statt. Während diese schon vielfach zu homogenen Gebilden umgewandelt sind, zeigen die unteren Lagen meist nur ein leichtes Ödem und geringe Aufhellung.

Die Einwirkung des Giftes scheint indes nicht auf beiden Seiten gleich stark gewesen zu sein. Denn, während auf der einen Seite, wie oben beschrieben, im Blasenraume noch gröfsere Komplexe von Stachelzellen vorhanden sind, ist auf der anderen eine strenge Trennung derselben in der Weise eingetreten, dafs der eine Teil an der Decke, der andere am Grunde der Blase sich befindet. Einen weiteren Anhalt für die stärkere Einwirkung auf der betreffenden Seite bietet das Epithel am Grunde der Blase. Die Kompression desselben ist hier so stark, dafs die einzelnen Zellen nicht mehr zu erkennen sind, sondern in toto eine dunkel tingierte Linie darstellen.

Die Cutis ist ödematös, so dafs der Zusammenhang mit der Epidermis vielfach gelockert ist. Die Blutgefäfse treten alle sehr deutlich hervor, speciell sind die Venen stark mit Blut gefüllt. Eine wesentliche Leukocytenauswanderung findet nicht statt. Im Bindegewebe sowie im Epithel der Haarbälge finden sich einige Mitosen, indes wohl zu wenig, um ihnen aus diesem Befunde mit Bestimmtheit eine pathologische Bedeutung beimessen zu können.

Das Kantharidin ruft also nach unsern Beobachtungen beim Meerschwein nach voraufgegangener, klinisch nachweisbarer, mäfsiger Hyperämie schnell eine starke seröse Exsudation hervor. Es kommt zu einer Blase, die sich auszeichnet durch auffallend reichen Fibringehalt einerseits und durch eine verhältnismäfsig geringe Anzahl von Leukocyten andrerseits. Als Ort der Entstehung der Blase mufs die Stachelschicht angesprochen werden, deren Zellen teilweise zur Bildung der Blasendecke verwandt werden, teilweise die Blase nach unten begrenzen. Aus diesen bildet sich die spätere neue Epidermis, jene degenerieren relativ früh und werden schliefslich abgestofsen. Sie werden zunächst ödematös, verlieren allmählich ihr Chromatin, das durch das Serum ausgelaugt wird, und bleiben dann als homogene, kernlose Schollen zurück, die ihrerseits sich wieder zu gröfseren Flächen oder bandartigen Gebilden zusammenschliefsen können. Vielfach finden sich in diesen Massen noch Kernreste, welche deren Abstammung von den Stachelzellen unzweifelhaft erkennen lassen.

Die Cutis beteiligt sich durch Ödem an dem Prozesse. Für proliferative Vorgänge bietet sich kein sicherer Anhalt.

II. Kaninchen.

Verschiedene Versuche, welche bei mehreren etwa 7 Monate alten, weifsen Kaninchen angestellt wurden, führten zu dem gleichen Resultate, dafs stets nur sehr langsam Blasenbildung eintrat. Zunächst pinselte ich 1‰ige alkoholische Kantharidinlösung auf die Innenfläche des Ohres auf. Nach einigen Stunden trat die Gefäfsinjektion deutlicher hervor, das Ohr schwoll allmählich diffus an, indes war nach 24 Stunden makroskopisch keine Blasenbildung wahrzunehmen, während die Gefäfsinjektion und Schwellung bedeutend zurückgegangen war. Ich wiederholte den Versuch, wandte dieses Mal jedoch bei mehreren Tieren das 1‰ige Chloroform-Kantharidin-Harzgemisch an, von dem ich einige Tropfen ebenfalls auf der Innenfläche des Ohres auftrug. Die klinischen Erscheinungen waren die gleichen wie oben, indes war hier die Wirkung mehr lokalisiert auf die Applikationsstelle und deren nächste Umgebung, während ja im ersten Falle, wo die alkoholische Lösung sich schnell verbreitet hatte, das Ohr mehr diffus befallen war. Gleichwohl bildete sich auch hier während 24 Stunden keine Blase aus. Trotzdem wurde ein Ohr zur mikroskopischen Untersuchung abgetragen, da zu hoffen war, dafs gerade hier der Ort der primären Einwirkung des Giftes aufzufinden sein würde.

Mikroskopischer Befund.

Keine Blase vorhanden. Hornschicht gequollen, an einigen Stellen abgehoben, Körnerschicht normal erhalten. Die Stachelschicht und deren Basalzellen weisen eine grofse Zahl von Mitosen auf, die sich auf beide in gleicher Weise verteilen. Zum Vergleich wurde das normale Ohr eines ca. 3 Monate alten Kaninchens herangezogen. Dasselbe zeigt allerdings auch unter normalen Verhältnissen reichlich Mitosen, indes beträgt die Zahl derselben bei dem etwa 4 Monate älteren Tiere nach der Kantharidineinwirkung das Zwei- bis Dreifache. Aufserdem besteht auch insofern ein Unterschied, als unter normalen Verhältnissen die Karyokinesen mehr gleichmäfsig verteilt sind, während beim Kantharidinohr mehrere, oft vier bis acht unmittelbar nebeneinander zu finden sind. Aufser den typischen Mitosen trifft man vielfach gerade in der nächsten Umgebung derselben Zellen an, deren Kern vergröfsert erscheint und mit zahlreichen gleich grofsen Chromatinkugeln vollgepfropft ist. Auch in den Haarbälgen sind zahlreiche Mitosen vorhanden, jedoch ist die Menge derselben gegenüber der Norm, wenn überhaupt, so jedenfalls nicht wesentlich vermehrt. Die Regionen, welche die vermehrten Mitosen aufweisen, zeigen auch geringes Ödem. Die einzelnen Stachelzellen sind geschwollen, ihre Konturen weniger deutlich und die Grenze zwischen den zugehörigen Basalzellen und der Cutis etwas verwischt, so dafs wohl ein geringes Ödem der letzteren angenommen werden mufs. Die Gefäfse sind stark erweitert, mit Blut gefüllt; Leukocytenauswanderung ist nirgends vorhanden.

Beim Kaninchen tritt demnach unter der Einwirkung des Kantharidins ziemlich früh klinisch nachweisbar Hyperämie und Ödem auf, Erscheinungen, die jedoch verhältnismäfsig schnell zurückgehen; indes kommt es nur sehr langsam zur Vesikation. Die histologische Untersuchung führt zu dem interessanten Resultate, dafs das Kantharidin einen

direkten Einfluſs auf das nicht verhornte Epithel der Epidermis ausübt, indem es dasselbe zu reichlicher Mitosenbildung anregt.

Die Cutis zeigt auch mikroskopisch Hyperämie und mäſsiges Ödem, welch letzteres auch in der Epidermis streckenweise seine Wirkung geltend macht, indem es zur Schwellung einzelner Zellen führt und die Grenze zwischen Epidermis und Cutis weniger scharf ausgeprägt erscheinen läſst.

Ein Vergleich mit den beim Meerschwein erzielten Resultaten ergiebt, daſs das Kaninchen dem Kantharidin gegenüber weit widerstandsfähiger ist als das Meerschwein. Denn, während bei diesem nach 20 Stunden bereits eine vollständig ausgebildete Blase vorhanden und das in dieselbe einbezogene Epithel gröſstenteils schon stark verändert ist, vermag das Gift in der gleichen Zeit beim Kaninchen keine Vesikation zu bewirken. Auſserdem fehlt beim Meerschwein die beim Kaninchen beobachtete Epithelproliferation. Vielleicht ist diese Differenz so zu erklären: Entweder sind die Mitosen durch den Serumstrom zerstört, wie wir dies weiter unten noch öfter sehen werden, oder die Einwirkung des Giftes war eine so plötzliche, daſs, ehe es zur Mitosenbildung kommen konnte, der Serumstrom seinen zerstörenden Einfluſs schon voll und ganz entfaltet hatte.

III. Katze.

Bei einer 3—4 Monate alten, weiſsen Katze wurden kurz nacheinander einige Tropfen des Chloroform-Kantharidin-Harzgemisches auf der Innenfläche des Ohres nahe der Spitze auf einem Bezirk von ungefähr Bohnengröſse aufgetupft. Sehr bald trat eine Wirkung ein. Nach Verlauf von etwa 2 Stunden war bereits deutliche Gefäſsinjektion weit über die betreffende Stelle hinaus vorhanden, nach 6 Stunden erschien der gröſste Teil des Ohres blaurot geschwollen und war heiſs anzufühlen; auf Berührung reagierte das sonst sehr geduldige Kätzchen durch Schreien und groſse Unruhe. Am Morgen des folgenden Tages, im ganzen 20 Stunden nach der Applikation des Giftes, bot die Innenfläche des Ohres an der Auftragungsstelle und in deren nächstem Umkreise eine diffuse Blase dar, deren Decke an einzelnen Stellen schon wieder eingesunken war. Die allgemeine Schwellung des Ohres war gegen den ersten Tag schon wieder wesentlich zurückgegangen. Auf der Auſsenfläche lieſs sich nicht mit Bestimmtheit Blasenbildung nachweisen, zumal die Beobachtung durch die hier vorhandene starke Behaarung sehr wesentlich erschwert wurde; jedenfalls setzte sich die Blase an der Innenfläche nicht bis an den Rand des Ohres resp. über diesen hinaus deutlich verfolgbar fort.

Mikroskopischer Befund.

Das Ohr ist in toto aufgequollen, sein Dickendurchmesser bedeutend vergröſsert, wie ein Vergleich mit Schnitten von dem andern, nicht mit Kantharidin behandelten

Organ ergiebt. Auf der Innenfläche findet sich eine grofse, einkammrige, im wesentlichen rein seröse Blase. Die wenigen hier vorhandenen Haare sind entweder mit in den Blasenraum einbezogen oder ihr Schaft bildet eine dünne Verbindungsbrücke zwischen oberer und unterer Begrenzung der Blase. Auf der Aufsenseite, die ja, wie erwähnt, stark behaart ist, sind ebenfalls durch das Kantharidin hervorgerufene Veränderungen wahrnehmbar, indes ist das Gesamtbild derselben wesentlich von dem an der Innenfläche verschieden. Es finden sich entweder mehrere, vollkommen ausgebildete, den obigen ähnliche Blasen nebeneinander oder nur die Anfänge solcher, beide Arten seitlich immer begrenzt von je zwei Haaren. Am Rande des Ohres, wo makroskopisch gar keine Veränderungen bemerkbar waren, trifft man ebenfalls zahlreiche in Bildung begriffene Blasen an, die ihrerseits auch wieder durch austretende Haare scharf gegeneinander abgegrenzt sind.

Auf der Innenseite, wo entsprechend der Applikation sich die stärkste Einwirkung des Giftes dokumentiert, nimmt die Blase fast die ganze Breite des Ohres ein. Die Decke derselben besteht aus gequollener Hornschicht, der Körnerschicht, deren Charaktere allerdings verschwunden sind, und der Stachelschicht, die sich mit einigen Lagen degenerierter, zu homogenen, kernlosen Schollen umgewandelter Zellen beteiligt. In einzelnen der letzteren ist die Konfiguration des Kernes noch eben erkennbar, der hier und da noch einige Chromatinreste einschliefst; sonst finden sich dieselben überall unregelmäfsig zerstreut in den degenerierten Massen vor. Der Übergang in die normale Haut ist ein ganz allmählicher, so dafs, je weiter man sich dem Rande der Blase nähert, man um so mehr normale Stachelzellen antrifft. In den Übergangspartien sind die letzteren ödematös geschwollen; ihr Kern ist entweder noch mehr oder minder deutlich erhalten oder, wie bei weiter vorgeschrittener Degeneration, schon vollkommen verschwunden. Schliefslich bleiben die oben beschriebenen glasigen, kernlosen Schollen zurück. Eine Abweichung hiervon zeigen jedoch einige, in verhältnismäfsig geringer Zahl vorhandene Stachelzellen. Sie zeichnen sich aus durch einen grofsen, aufgeblähten Kern, der auffallend reich an Chromatin ist. Die Anordnung des letzteren ist teilweise derart, dafs der Kern wie mit Chromatinkugeln vollgepfropft erscheint, teilweise werden schleifenartige Gebilde dargestellt, so dafs den Mitosen analoge resp. sehr ähnliche Bilder entstehen. Zwischen all den beschriebenen Elementen findet man in sehr spärlicher Zahl Leukocyten und kaum nennenswerte Mengen von Fibrin.

Den Grund der Blase bilden mehrere Lagen von Stachelzellen, die ein fest gefügtes Ganzes darstellen. Die einzelnen Gebilde zeigen keine Veränderungen, indes ist das gesamte Epithel, und zwar am stärksten in der Mitte der Blase, komprimiert, so dafs die Zellen und ihre Kerne fast sämtlich horizontal abgeplattet sind. Die oberen Lagen sind bereits in Verhornung begriffen. Mitosen sind in den basalen Schichten nur spärlich vorhanden, indes lehrt ein Vergleich mit der Zahl der normalerweise hier vorkommenden Zellenlagen, dafs ein reger Proliferationsprozefs voraufgegangen sein mufs, der indes, trotz der Kürze der Zeit, schon abgelaufen ist.

Die noch übrig bleibenden Stachelzellen machen, zumeist vollkommen homogenisiert, zum Teil mehr oder weniger normal erhalten, den Inhalt der Blase aus. Zwischen ihnen liegen hier und da einzelne Leukocyten, speciell in den Partien, welche am stärksten degeneriert sind. Eine Abhebung des Epithels in Haufen oder Gruppen findet nicht statt. Der Fibringehalt ist gleich Null.

Die Veränderungen auf der Aufsenseite des Ohres sind geringer als auf der Seite, wo das Kantharidin appliciert wurde. Es ist hier nicht zu einer grofsen, sondern zur Bildung mehrerer kleiner Blasen nebeneinander gekommen, deren seitliche Begrenzung durch austretende Haare dargestellt wird; aufserdem ist die Degeneration

des Epithels nicht so bedeutend wie in der Blase an der Innenfläche. Vielfach hat man nur den Beginn der Blasenbildung vor sich, den man am besten am Rande des Ohres beobachten kann. Die betreffenden Partien, welche meist den oberen Lagen der Stachelschicht entsprechen, sind teils nur aufgehellt, teils weisen sie gröfsere oder kleinere Lücken zwischen den Epithelien auf, so dafs es sich hier also um eine rein interstitielle resp. Verdrängungsblase handelt. Die einzelnen Zellen sind leicht ödematös, ihre Konturen sind unregelmäfsig, während der Kern meist noch vollkommen normal erhalten, indes ebenso wie das Protoplasma aufgequollen ist. Die Umwandlung der Zellen in die homogenen Schollen findet nicht statt. In den erwähnten interstitiellen Räumen finden sich ausgeschwemmte Chromatinmassen und geronnene Eiweifsbröckel vor. Die Basalschicht weist mehrfach Mitosen auf, indes ist ihre Zahl nicht übermäfsig grofs. Leukocyten und Fibrin fehlen fast ganz.

Die Cutis, ebenso wie normalerweise sehr reich an Mastzellen, ist bedeutend verdickt, eine Erscheinung, die durch eine starke seröse Durchtränkung ihrer Elemente, im Speciellen auch des Knorpels bedingt ist. Der Zusammenhang mit der Epidermis ist vielfach gelockert, an einzelnen Stellen sogar gänzlich aufgehoben. Die Blutgefäfse sind insgesamt erweitert, gleichwohl fehlen ausgetretene Leukocyten im Gewebe so gut wie ganz. Im Bindegewebe sowie in den der Cutis angehörigen Haarteilen trifft man mehrfach Mitosen an, deren Zahl besonders in den letzteren sehr reichlich und, wie ein Vergleich mit normalen, gleich alten Schnitten desselben Versuchsobjektes ergiebt, gegenüber der Norm entschieden vermehrt ist.

Das Kantharidin übt daher bei der Katze schnell und zwar eine starke Wirkung aus. Es treten sehr früh an der Applikationsstelle und den angrenzenden Partien alle Symptome der Entzündung auf, die bald auch von Blasenbildung gefolgt sind. Indes mufs der durch das Gift hervorgerufene Serumstrom aufserordentlich kräftig sein, da es nicht nur auf der Seite des Ohres, wo die Auftragung stattfand, zur Vesikation kommt, sondern auch auf der Aufsenseite und an den Randpartien, die sicher mit demselben nicht in direkte Berührung gekommen waren. Diese Differenzen in betreff der Entstehung geben sich auch durch den Aufbau der betreffenden Blasen kund. An der Stelle der direkten Einwirkung des Kantharidins haben wir eine grofse, einkammerige, rein seröse, an Fibrin und Leukocyten sehr arme Blase, in der die in den Blasenraum einbezogenen Epithelien stark verändert sind, während die am Grunde zurückgebliebenen durch den Inhalt der Blase eine starke Kompression erfahren. Auf der Aufsenseite und an den Randpartien des Ohres hingegen finden wir mehrere Blasen nebeneinander, in denen die Epithelveränderungen weit geringer sind, während der Fibrin- und Leukocytengehalt nicht differiert. Diese Unterschiede sind wohl einerseits darauf zurückzuführen, dafs hier eine direkte Einwirkung des Giftes fehlt, diese Blasen also gewissermafsen nur dem Umstande ihre Entstehung verdanken, dafs der durch das Kantharidin bewirkte Serumstrom nach allen ihm freistehenden Seiten einen Ausweg suchte und so an den erwähnten Stellen rein seröse, interstitielle Blasen hervorrief. Andrerseits kommt hier auch die wesentlich stärkere Behaarung in Betracht, die eben der

Abhebung der Blasendecke in toto ein bedeutendes Hindernis entgegensetzt.

Nach alledem ist also die Katze dem Kantharidin gegenüber sehr empfindlich; sobald es indes zur Vesikation gekommen ist, überhornt sich, wie oben dargelegt, das zurückbleibende normale Epithel sehr schnell. Ob der Blasenbildung eine primäre Veränderung des Epithels voraufgeht, läfst sich nicht mit Bestimmtheit sagen, jedoch scheinen die oben beschriebenen, an Chromatin reichen Zellen darauf hinzuweisen. Sicher findet während des Ablaufes der Vesikation eine Epithelproliferation in der Epidermis statt.

Die Cutis weist klinisch wie histologisch Hyperämie und Ödem auf; Leukocytenauswanderung fehlt. Mitosen finden sich sowohl im kollagenen Gewebe, als auch in den der Cutis angehörigen Haarteilen, indes läfst sich nicht bestimmen, ob dieselben einem direkten Einfluſs des Kantharidins oder der stärkeren serösen Durchtränkung der Cutis ihre Entstehung verdanken.

Mit dem Meerschwein hat die Katze den schnellen Eintritt der Blasenbildung gemeinsam, immerhin bestehen doch auch wesentliche Unterschiede. Einerseits sind bei der Katze die makroskopisch wahrnehmbaren Entzündungserscheinungen viel stärker und stürmischer, andrerseits ist der Gehalt an Fibrin in der fertigen Blase weit geringer resp. gleich Null, während dasselbe beim Meerschwein den wesentlichsten Bestandteil des Blaseninhaltes ausmacht. Hingegen verhornt bei der Katze wiederum das erhaltene Epithel viel früher.

Gegenüber dem Kaninchen zeichnet sich die Katze einerseits durch weit früheren Eintritt der Vesikation aus, andrerseits durch das Fehlen von Veränderungen, die eine primäre Beeinflussung des Deckepithels durch das Kantharidin hinreichend beweisen, d. h. durch die Abwesenheit der zahlreichen Mitosen, die beim Kaninchen in der Epidermis nachzuweisen sind.

(Fortsetzung folgt.)

Behandlung des akuten Trippers.

Von

Dr. Funk, Warschau.

Giebt es heutzutage eine einheitliche Therapie der Gonorrhoe? Versteht es ein junger Arzt, einen Harnröhrentripper beim Manne, eine Gonorrhoe des Uterushalses beim Weibe nach festgestellten Regeln zu behandeln? Die Antwort mufs verneinend lauten, was seltsam genug klingt, wenn die aufserordentliche Verbreitung des Übels erwogen wird. Unheilvoll wirkt in dieser Sache das kritiklose Lob neuer, ephemerer Mittel und Methoden, sowie voreilig gepriesene, scheinbar theoretisch begründete Behandlungsweisen. Es giebt nichts Leichteres, als eine Behandlungsweise theoretisch zu begründen. Es bleibt jedoch z. B. das Prinzip, an jedem Ort und Stadium die Gonokokken zu vernichten, in Wirklichkeit vollkommen steril, da wir ein entsprechendes Mittel, nämlich, welches die Gonokokken in jeder Lokalisation und Stadium tötet, nicht besitzen. Ich behaupte aber noch mehr: einem freien eitrigen Gonokokkenkatarrh gegenüber ist unser Arzneischatz so gut wie machtlos.

Seit Jahren bemühe ich mich, die Behandlungsweise des Harnröhrentrippers unbefangen zu prüfen, und was sich in meinen Händen am besten bewährt hat, erlaube ich mir in diesen Zeilen kurz darzustellen.

Beim ungestörten Verlauf der Gonorrhoe entsteht am dritten Tage nach der Infektion ein leichtes Brennen beim Urinlassen und kommt ein spärlicher schleimiger Ausflufs zum Vorschein. Dieses „initiale Stadium“ besteht 2 Tage, oft kürzer, mitunter bedeutend länger, wonach sich der typische, eitrige Gonokokkenkatarrh entwickelt, in den nächsten 8 bis 10 Tagen seinen Höhepunkt erreicht, dann aber allmählich abnimmt. In der 4.—5. Woche wird der Ausflufs spärlich, schleimig-eitrig, arm an Gonokokken. An dieses „terminale Stadium“ angelangt, zeigt die Gonorrhoe in der Regel keine weitere Neigung zur Selbstheilung. Infolge von Allgemeinleiden, ungünstigen äufseren Verhältnissen, schlechter Lebensweise und fehlerhafter Behandlung erleidet dieser günstige Naturverlauf der Gonorrhoe manche Abweichungen.

Wir gehen jetzt zur Therapie des ersten Trippers über; die Therapie der neuerlichen Tripperinfektionen wird im besonderen besprochen.

Behandlung des ersten Trippers.

1. Das initiale Stadium.

Als Zukunftstherapie der Gonorrhoe mufs die Abortion angesehen

werden. RICORD war es, der genaue Indikationen zur Abortivbehandlung des Trippers aufstellte. Er sagt folgendes:

„Der Tripper ist im Anfangsstadium eine oberflächliche Entzündung; die Abortivbehandlung hemmt das Fortschreiten des Processes in die Tiefe und an der Oberfläche und läfst die Trippersymptome nicht zur Entwickelung kommen. Die Abortion wird erfolgreich nur bei initialen Symptomen appliciert, nicht aber im akuten Stadium, welches am 2. bis 10. Tage der Erkrankung beginnt. Während des akuten Stadiums des Trippers ist die Abortion nicht nur nutzlos, sondern auch entschieden gefährlich."[1]

Diese von RICORD formulierten Indikationen werden in Frankreich bis heute allgemein anerkannt. Bei dieser „französischen" Abortivmethode wird eine 1—3% Lapislösung mittelst Glasspritze in die vordere Harnröhre eingeführt und 3—5 Minuten lang zurückgehalten. Dieser entschieden rohe, primitive Eingriff wird von einer stürmischen Entzündungsreaktion gefolgt, welche mit Recht auf manche Ärzte abschreckend wirkt. In dieser Richtung wirken ebenfalls manche, ganz vereinzelt stehende üble Folgen der Abortivmethode.

In Wirklichkeit wurde diese, vollkommen ungefährliche Methode arg gemifsbraucht, mitten im akuten Stadium angewandt, es wurde in die Harnröhre Lapis in substantia, Kali causticum-Lösungen, Chloroform u. a. m. eingeführt; die Folgen solcher Barbarei dürfen ja nicht die rationelle Abortivbehandlung belasten. Jedenfalls leuchtet der französischen Abortivmethode keine Zukunft, da die vordere Harnröhre kaum mehr als einige Tropfen der 3% Lapislösung vertragen kann.

Eine andere vielfach angewandte Abortivmethode besteht in Injektion oder Irrigation der vorderen Harnröhre mit leichten Lapis-, Kaliumpermanganat-, Zinksulfatlösungen im frühen Stadium. Die Wirkung dieser Methode ist aber unsicher; akute Trippersymptome können nach wochenlang fortgesetzten Injektionen aufflackern. Nur in leichten Fällen und besonders bei neuerlichen Tripperinfektionen können diese Injektionen in der That abortiv wirken; es werden manche Fälle von neuerlicher Gonokokkeninfektion durch eine einzige leichte Injektion coupiert.

Seit Jahren wende ich eine Abortivmethode an, die im initialen Stadium angewandt, so ziemlich jede Gonorrhoe coupiert. Mit vollem Erfolg wirkt diese Methode in den ersten zwei Tagen beim spärlichen, schleimigen Ausfluſs; der letzte besteht aus Schleim-Pflasterepithelien, Eiterkörperchen in geringer, aber rasch zunehmender Menge und Gonokokken; die Anwesenheit der letzten sichert die Diagnose. Die Methode ist von leichter Anwendung, beinahe schmerzlos und ruft keine wahrnehmbare Entzündungsreaktion hervor. Nach dem Urinieren und sorgfältigen Aus-

[1] CH. RICORD, *Traité des mal. vénér.* 1853. (M. Robert). S. 46 u. 84.

spritzen der vorderen Harnröhre führe ich den Ultzmannschen Pinselapparat mit Glycerin bestrichen circa 8 cm tief ein. Den Pinsel tauche ich in eine 3—4% Lapislösung und ziehe den Apparat samt Pinsel in zahlreichen, dichtstehenden Spiraltouren heraus. In dieser Weise werden die Schleimhautfalten ausgeglichen und das Exsudat samt Gonokokken entfernt. Zur Pars navicularis angelangt, tauche ich nochmals den Pinsel in Lapislösung. Am dritten Tage wiederhole ich die Pinselung; in der Zwischenzeit und den folgenden Tagen lasse ich die Ricordsche Mixtur[2] 3—4 mal täglich einspritzen. Unmittelbar nach der Pinselung verordne ich Ruhe, leichte Diät, ein warmes Bad. Eine entzündliche Reaktion wird nach der Pinselung nicht wahrgenommen, im Gegenteil schwindet die spärliche Absonderung, sowie das leichte Brennen definitiv am nächsten Tage.

Leider suchen die Kranken Hülfe meistens am dritten oder vierten Tage der Erkrankung, mit schleimig-eitrigen, etwas reichlicherem Ausflusse. Welches Verfahren soll hier Platz finden? In leichten Fällen, die ja so oft vorkommen, wenn kein Schmerz beim Urinlassen und Erektion, keine Schwellung des Gliedes, keine Störung des Allgemeinbefindens vorliegt, nehme ich getrost die abortive Pinselung vor, und beinahe regelmäfsig mit Erfolg. Der Verlauf wird allerdings in diesen Fällen meistens etwas different; der Ausfluſs, obwohl spärlicher, versiegt gänzlich erst in der zweiten oder dritten Woche der Erkrankung. Die Pinselung nehme ich 2—3 mal vor, daneben lasse ich mit Ricordscher Mixtur einspritzen und verabreiche das Santalöl. Es werden in diesen Fällen gut gefärbte Gonokokken noch nach der ersten und sogar zweiten Pinselung gefunden, und trotzdem wird der Tripperprocefs coupiert, der typische Gonokokkenkatarrh kommt nicht zur Entwickelung. Es wirkt somit eine 3 bis 4% Lapislösung nicht unbedingt gonokokkentötend, sie bewirkt vielleicht nur eine dem Gonokokkenwachstum feindliche Umänderung des Gewebes. Im akuten Stadium habe ich die abortive Pinselung niemals angewandt und möchte auf das dringendste davor warnen. Die Pinselung zog ich der Behandlung mittelst Urethroskop vor, da ich eine möglichst leichte, zugängliche Methode prüfen wollte; die urethroskopischen Proceduren erfordern eine specielle Fertigkeit, nehmen auch mehr Zeit in Anspruch.

Ohne Zweifel ist der Wirkungskreis der Abortivmethode sehr eng — die zukünftigen Heilmethoden der Gonorrhoe werden vielleicht ganz differente Wege einschlagen —, in ihren engen Schranken jedoch wirkt diese Methode leicht, schmerzlos und sicher. Da wir über Lokalisation der

---

[2] ℞ *Aquae dest.* 200,0
Sulf. zinci 1,0
Acetat. plumbi 2,0
Tinct. opii spl., Tinct. catech. ää 3,0

Gonokokken im Initialstadium des Trippers nichts wissen, wäre es sinnlos, eine Abortivbehandlung prinzipiell zu verdammen. Im Gegenteil, meines Erachtens hat der Arzt kein Recht, unthätig der Entwickelung einer Krankheit beizuwohnen, die er im Keime vernichten kann, deren Folgen aber unabsehbar sind. Sagt doch mit Recht RICORD: „une chaudepisse commence, Dieu le sait, quand elle finira."

2. Das akute Stadium.

Einen akuten, eitrigen Tripper beseitigt kein Heilmittel. Dafs die Gonokokken in das subepitheliale Bindegewebe eindringen können, ist kaum anzuzweifeln; es giebt aber heutzutage kein Mittel, welches die Gonokokken mitten im Bindegewebe abtötet, ohne das Gewebe selbst anzugreifen. Es ist deshalb das Verordnen von Injektionen und Balsamen im akuten Stadium ganz unzweckmäfsig. Oft versagen diese Mittel jede Wirkung, oder werden gar nicht vertragen, nicht selten aber wird die Eiterung eingeschränkt und sogar eine Heilung vorgetäuscht. Die Täuschung währt jedoch nicht lange; jene forcierte Hemmung des Ausflusses wird so oft von Komplikationen gefolgt, dafs sich ein Antagonismus zwischen dem Tripper der vorderen Harnröhre und der Erkrankung des tieferen Abschnittes samt den Adnexen vermuten läfst. Wie bekannt, führt auch umgekehrt eine Erkrankung der Prostata oder des Nebenhodens zur Hemmung des Ausflusses, welcher nach Abklingen der Komplikation wiederkehrt. So lehrt uns die Natur selbst, die tieferen Sexualorgane vor der Infektion zu schützen, was ja als Ziel der Trippertherapie anzusehen ist.

Die Unmöglichkeit, die Gonokokken im Gewebe zu vernichten, die Unzweckmäfsigkeit aller aktiven Eingriffe während des akuten Stadiums zwingt uns, andere Wege einzuschlagen. Es bleibt nichts übrig, als die Eliminierung der Gonokokken dem Organismus selbst zu überlassen. Diese Naturheilung, gewöhnlich Exspektation genannt, besitzt nur eine Schattenseite, nämlich ihre Dauer. Ruhe, warme Bäder, Umschläge aufs Glied und Mittelfleisch, leichte Nahrung, Milch, milde Abführmittel, Narcotica unterstützen und beschleunigen die Arbeit der Naturkräfte. Bei diesem Verfahren nehmen die Entzündungserscheinungen langsam, aber beständig ab, der Ausfluſs wird immer spärlicher, und nach Verlauf von 3—4 Wochen wird das Urinlassen und Erektion schmerzlos, der Ausfluſs spärlich, schleimig-eitrig, arm an Gonokokken. Hin und wieder trifft sich freilich, dafs der Ausfluſs trotz der richtigen Behandlung nur langsam abnimmt und noch in der fünften und sechsten Woche eitrige Beschaffenheit zeigt. Diese Fälle müssen sorgsam geprüft werden, um die Ursache der Verzögerung herauszufinden. Zu den gewöhnlichsten Ursachen gehört ungeeignete Lebensweise der Kranken, besonders sexuelle

Reizung, übermäfsige geistige Arbeit und Schlafmangel, übermäfsige Bewegung; allgemeine Krankheiten, wie Malaria und Tuberkulose, abnorme Harnbeschaffenheit, wie Uraturie u. a. m. Auch bei älteren Leuten gestaltet sich der Tripperverlauf ernster.

Eine instrumentelle Behandlung, zu welcher manche Ärzte Zuflucht nehmen, wirkt oft verhängnisvoll bei jenen schleppend verlaufenden akuten Fällen; nicht starke Mittel, sondern eine kausale Behandlung wird hier zum Ziele führen.

Noch ein paar Worte zu Gunsten der Exspektation. Gelingt es auch einmal, beim akuten Tripper die Eiterung mittelst Injektionen und Balsamen einzuschränken, bleibt doch der Arzt dem Tripperprocefs gegenüber so gut wie machtlos: die unscheinbarste Ursache, ein Hauch, ein Nichts bringt die Eiterung wieder. Im Verlaufe eines mifshandelten Trippers kehrt leicht die akute Eiterung mehrere Male zurück; der Kranke dreht sich in einem Circulus vitiosus, ebenso fern der Heilung nach Monaten, wie in den ersten Tagen der Erkrankung. Bei diesen Nachschüben führt der Eiter unzählige Gonokokken; auch werden sehr oft Komplikationen als unmittelbare Folge des akuten Nachschubes beobachtet.

Wie verschieden gestaltet sich die Naturheilung des Trippers! Wurde einmal der Tripperprocefs mittelst Exspektation dem terminalen Stadium zugeführt, so bleibt der Kranke vor akuten Nachschüben so gut wie geschützt. In der That kommt die akute Eiterung bei diesen Kranken im terminalen Stadium nicht zurück, wobei allerlei Unvorsichtigkeiten ungestraft begangen werden. Es ist somit klar, dafs bei gewisser Behandlung das Schleimhautgewebe eine relative Immunität gegen Gonokokken erwirbt, welche nun aufser stande sind, einen akuten eitrigen Katarrh nochmals hervorzurufen.

Diese „relative Immunität“ besitzt oft eine lange, auch jahrelange Dauer. Auch eine neue Gonokokkeninfektion ruft deswegen sehr oft keine akute eitrige Entzündung, sondern einen leichten schleimig-eitrigen Katarrh hervor; in der That zeigen spätere Tripperinfektionen einen differenten Charakter und erfordern eine differente Behandlung. An Ausnahmen fehlt es gewifs nicht, die allgemeine Regel bleibt jedoch unerschüttert.

3. Das terminale Stadium.

Ist der Ausflufs spärlich, fadenziehend, schleimig-eitrig geworden, sind Reizerscheinungen verschwunden, so sehen wir bei exspektativer Methode keine weiteren Veränderungen hinzutreten; eine völlige Heilung bringt die Expektation allein nur ziemlich selten zu stande. Nun kommt die aktive Behandlung, vornehmlich das Santalöl an die Reihe. Die Zeit, wo die aktive Behandlung beginnen soll, ist nicht ganz genau festzustellen. Im allgemeinen wird die aktive Behandlung leicht zu früh begonnen,

und dann wird ihre Wirkung unsicher. Einige allgemeine Regeln möchte ich hier anführen: Schmerzen bei Erektion, auch die unbedeutendsten, kontraindizieren die aktive Behandlung, hingegen ist ein leichtes Brennen beim Urinlassen ohne Bedeutung. Leichte schleimige Katarrhe der Pars posterior werden rasch durch Santalöl beseitigt, wogegen ernste eiterige Katarrhe der Pars posterior ins Bereich der expektativen Methode gehören.

Die aktive Methode beruht hauptsächlich auf Darreichung von Santalöl in Kapseln, zu 15 Tropfen zweimal, seltener dreimal täglich. Je weniger der Kranke Flüssigkeiten zu sich nimmt, desto besser wirkt das Santalöl. Ich gestatte nicht 3 bis 4 Gläser zu überschreiten. Diese Bedingung ist von entscheidender Wichtigkeit; bei starker Zufuhr von Flüssigkeiten wirkt das Santalöl unsicher. Warme Bäder wirken im terminalen Stadium ungünstig, empfehlenswert hingegen sind kalte Flufsbäder und Abreibungen.

Das Santalöl wirkt in wunderbarer Weise; oft verschwindet der Ausflufs definitiv schon nach drei Tagen. Es ist eine specifische Wirkung, nur ist ihr Gebiet sehr eng; das Santalöl wirkt in entscheidender Weise nur im terminalen Stadium eines exspektativ behandelten akuten Trippers, mit anderen Worten: nur im Zustande der „relativen Immunität". In anderen Verhältnissen ist seine Wirkung unsicher, im Resultate nutzlos.[3] Tritt am dritten oder vierten Tage der Santalbehandlung keine offenbare Besserung ein, so pflege ich die Darreichung des Mittels noch auf 7 bis 10 Tage aufzuschieben. Durch unzweckmäfsige Darreichung des Santalöls — mitten im akuten Stadium in grofser, lange fortgesetzter Dosis — werden Nebenwirkungen, wie Nieren- und Magenreizung, hervorgerufen und das Mittel diskreditiert; bei kunstgerechter Santalbehandlung habe ich diese Nebenwirkungen nicht ein einziges Mal beobachtet. Das Santalöl wird selten länger als 10 bis 14 Tage lang in voller Dosis dargereicht.

Bei Erkrankung der Pars anterior allein gebe ich gerne zum Schlufs der Kur neben Santalöl leichte adstringierende Einspritzungen, wie z. B. die Ricordsche Mixtur. Kalte Abreibungen, im Sommer Flufsbäder verordne ich regelmäfsig im terminalen Stadium.

Therapie der neuerlichen Tripperinfektionen.

In der Mehrzahl der Fälle verlaufen die späteren Tripper in leichter, milder Weise; sie bilden das gröfste Kontingent der Tripperfälle. Nur verhältnismäfsig selten kommen bei späteren Tripperinfektionen stürmische Erscheinungen vor. Leichte Lösungen von Metallsalzen, vom Anfang an

[3] Das Santalöl ziehe ich den anderen Balsamicis vor, weil es am besten vertragen wird und in kleiner Dosis wirkt.

lokal appliciert, entfalten in diesen Fällen sehr oft eine abortive Wirkung. Die ungeheure Popularität der Einspritzungen wird einigermafsen durch diese Erfolge gerechtfertigt. Ich verordne sofort bei initialen Erscheinungen die Ricordsche Mixtur, und wirkt dieses Mittel ungenügend, so lasse ich eine Lapislösung 1 : 4000 und Ricordsche Mixtur wechselweise in steigender Konzentration einspritzen. Der Erfolg hängt oft von der richtigen Technik der Einspritzung ab; der Arzt thut recht, die erste Injektion persönlich zu kontrollieren. Versagen diese Mittel, kommt die abortive Wirkung nicht zum Vorschein, so thut der Arzt am besten, zur exspektativen Behandlung überzugehen. Mittelst abortiver Pinselung behandle ich einen neuerlichen Tripper gern bei Leuten, deren erste Gonorrhoe schwere Erscheinungen dargeboten hat. Neuerliche Tripper mit eiteriger Sekretion werden erfolgreich nur exspektativ nach der oben besprochenen Methode behandelt.

Zum Schlusse gelangt, betonen wir nochmals, dafs von den besprochenen Behandlungsmethoden des akuten Trippers eine jede ihr eigenes Wirkungsgebiet besitzt, dessen Grenzen sie ungestraft nicht überschreiten darf.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 14. März 1893.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Vorsitzender: Herr Lassar. Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Peter stellt ein Kind mit **kavernösem Angiom** von ungeheurer Ausdehnung fast des ganzen Gesichts vor. Zur Heilung desselben wird bei Kindern an circumskripten Stellen ein Schorf gebildet, der sich dann fortsetzt, so dafs man in einem anderen Falle nach 2 Monaten glatte weifse Narben beobachten konnte. Die Schorfe werden teils durch koncentrierte Karbolsäure, teils durch den Paquelin erzeugt. Hereditär ist das Kind nicht belastet.

2. Herr Lewin: Fall von **tertiärer Syphilis**. Er weist bei dem vorzustellenden Patienten auf die Wichtigkeit der Untersuchung der Hoden und des Zungengrundes bei der Diagnose der tertiären Syphilis hin. Gummigeschwülste der Hoden ebenso wie die Atrophie der Zungenbalgdrüsen werden die Diagnose stets erleichtern. Der 54jährige Patient hat vor vier Jahren ein Ulcus an der Eichel gehabt, seit einem Jahr zeigte sich eine Geschwulst in der Gegend des unteren linken Rippenrandes, dieselbe exulcerierte und hinterliefs einen fistulösen Gang. Der Tumor glich mehr einem Sarkom als einem Gumma, und erst bei der Untersuchung der Hoden fand man zwei kleine harte Tumoren und an der Zunge konnte man eine Aplasie der Zungenwurzel konstatieren. Daraufhin wurde Jodkalium gegeben, wonach das Ulcus allmählich heilte. Was die Atrophie der Zunge betrifft, so ist bei der tertiären Form eine voll-

ständige Aplasie, die Zunge ist ganz glatt, im vorhergehenden Stadium bleiben einzelne Drüsen zurück, welche sich aber als sehr hart anfühlen.

3. Herr Lewin: Fall von **Hepatitis gummosa.** Der Patient kam 1892 in die Charité mit einer Sklerose und Ekthymageschwüren. Nach 7 Injektionen von Hydrargyrum salicylicum wurde er geheilt entlassen. Am 15. Februar d. J. wurde er wieder aufgenommen und es zeigten sich überall Geschwüre gummöser Art, nebenbei klagte der Patient über Kopfschmerzen. Sehr bald trat Ikterus ein, und die Leber nahm an Umfang zu; Milzschwellung war nicht vorhanden, auch bestanden weder Magen- noch Darmblutungen; nur zeitweise ist etwas Nasenbluten vorhanden. Auf dem Kopfe sind enorme Geschwüre, die jetzt aber nach dem Gebrauch von Jodkalium in der Heilung begriffen sind. L. glaubt, dafs es sich in diesem Falle um eine Hepatitis gummosa handelt, und nicht wie bei dem vor einiger Zeit vorgestellten Fall um Melaenas, bei dem Herr Hoffmann die Diagnose auf Gallensteine gestellt hat, welche die Obduktion bestätigte.

Herr Hoffmann hält diesen Fall auch für eine gummöse Leberaffektion; im vorigen Falle waren so charakteristische Erscheinungen für Gallensteine, wie die zeitweise auftretenden Schmerzen, die periodischen Schüttelfröste etc. vorhanden, die hier in diesem Falle vollständig fehlen, dafs man jenen Fall nicht als syphilitische Leberaffektion ansehen konnte.

4. Herr Lilienthal: Fall von **Lupus erythematodes.** Die 46jährige Patientin erkrankte im November v. J. unter Fiebererscheinungen an einem Ausschlag, der an den Ohren begann und sich dann über den ganzen Kopf und Gesicht, dann über den Rumpf verbreitete. Am meisten befallen sind die Vorderarme und Finger. Die Narbenbildung, die Ansammlung von Schuppen an den erweiterten Talgdrüsenmündungen, die langsame Entwickelung charakterisieren die Affektion als Lupus erythematodes. Nach Gebrauch von Pilulae asiaticae trat ein Lungenkatarrh ein, der nach Aussetzen derselben als Spitzenkatarrh weiter bestand, dabei bildeten sich neue Nachschübe. Die Verbindung von Lupus erythematodes mit Lungentuberkulose ist ja bekannt.

5. Herr Goldzieher stellt 3 Fälle von **Sklerodermie** vor. Sieht man von den Fällen en plaques ab, so ist das Wesen der Krankheit ein progredienter Verlauf mit welker Haut an den betreffenden Stellen, die so dünn ist, dafs es scheint, als wenn sie auf den Knochen aufliegt. Die Genese der Sklerodermie ist dunkel, obgleich Heller die Erkrankung mit Verschlufs des Ductus thoracicus in Verbindung bringen will. Von diesen hier vorgestellten Fällen hat sich der eine Patient die Finger erfroren, eine Erfrierung zweiten Grades mit Blasenbildung und grofsen Schmerzen, wovon dann eine Sklerodaktylie übrig geblieben ist, das Übrige ist geheilt, nur die Funktionsstörung ist noch vorhanden, welche durch resorbierende Mittel, wie Salzbäder, Teer, Massage und besonders 2% Salicylvaselin, gebessert werden kann. Die 2. Patientin hat Gläser in sehr kaltem Wasser spülen müssen, und scheint dieses auch hier die Ursache gewesen zu sein. Die 3. Patientin zeigte das Leiden am Fufs, und hat sich der Zustand durch die angegebene Therapie bedeutend gebessert.

Herr Mankiewitz fragt, wie sich die Sensibilität verhält, und ob das Salicyl bei der Massage nicht eher nachteilige Wirkungen gehabt hat.

Herr Lewin erwähnt, dafs die Hellersche Angabe der Verbindung des Scleroderma mit Verschlufs des Ductus thoracicus sich auf das Scleroderma adultorum bezog. Therapeutisch hat sich ihm Elektricität und graue Salbe als sehr günstig erwiesen.

Herr Goldzieher erwidert, dafs Parästhesien bestehen, er glaube ferner, dafs die 2% Salicylsalbe zur Massage deswegen dienlich sei, weil es die Aufnahme des Fettes begünstige.

6. Herr Kromayer: Die **Histologie der Molluskenkörperchen.**

Vor einiger Zeit hat Herr Israel in dieser Vereinigung einen Vortrag gehalten, worin er seine Ansicht dahin aussprach, dafs er die Molluskenkörperchen für Degenerationen der Epithelien hält, während die meisten Autoren sie als Parasiten annahmen. Deshalb ist auch in letzter Zeit das Studium der Gregarinen und Coccidien in den Vordergrund des Interesses getreten. Man hat auf diese tierischen Parasiten nicht nur das Molluscum contagiosum, sondern auch die Darierssche Krankheit, gewisse Epitheliome und Carcinome zurückführen wollen. Bei allen diesen Untersuchungen haben die Molluskenkörperchen den Ausgang gebildet. Es entsteht nun die Frage, ob sie Parasiten sind oder nicht. K. hat die Untersuchung mit einer neuen Methode, die ihm bei der Färbung der Epithelfasern gute Dienste geleistet hatte, aufgenommen. Die Protoplasmafasern lassen sich durch die Weigertsche Fibrinfärbemethode färben und zwar in sehr feinen Schnitten; dieselben werden dann mit Anilinoxylol ausgezogen. Vorausgehen mufs der Tinktion eine Kernfärbung mit Alaunkarmin. Beim Durchschnitt eines Körperchens sieht man nun, wenn man die Schnitte vom Rande nach den Centren zu durchmustert, folgendes Bild: Zunächst erscheint eine einfache Lage cylindrischer Zellen mit deutlich gefärbtem Kern und gut erkennbaren Epithelfasern (Protoplasmafortsätzen). In den folgenden Lagen verlieren die Zellen ihre regelmäfsige Form, die Kerne der Epithelien blähen sich auf und nehmen den Farbstoff weniger gut auf. Die Kernkörperchen sind meistens an den Rand gedrückt. Daraus entsteht dann das Zusammenfliefsen zu scholligen Massen; teilweise bilden sie sich zur Schutzsubstanz oder zu Keratohyalin um.

Inzwischen ist der Kern ganz zerfallen, es ist nur noch das Kernkörperchen übrig geblieben. Im Gegensatz zum Rückgang des Kerns hat das Protoplasma eine Fortbildung erfahren, sie ist zu einer durchscheinenden Scholle geworden. Verfolgt man also die Entwickelung des Molluscum, so erkennt man, dafs die charakteristischen Körperchen zweifellos umgewandelte, degenerierte Zellen sind. Man kann nicht glauben, dafs Parasiten in die Epithelien hineingelangt sind, sondern man mufs annehmen, dafs es ein körniger Zerfall der Epithelien ist.

Herr Blaschko: Bei seinen Präparaten habe er gerade die Erhaltung des Kernes gefunden; derselbe gehe in den Molluskenkörperchen nicht zu Grunde. Es mag Schuld der Färbungsmethode sein, dafs man die Kerne nicht sieht. Im übrigen stimme er mit dem Herrn Vortragenden überein, dafs es sich um degenerative Processe hyaliner Natur handele. Gelöst ist die Frage, ob es Parasiten sind oder nicht, auf diese Weise auch noch nicht, er glaube aber, dafs es sich nur um eigentümliche degenerative Processe handele.

Herr Benda hat sich überzeugt, dafs der Kern erhalten ist, aber vermutlich das Nuklein des Körpers am Rande, die Kernhöhle und die Linienfasern aber sind zu Grunde gegangen; er glaubt auch nicht an Zoospermien, da gar keine Kriterien dafür vorliegen.

Herr Kromayer hält es für nebensächlich, ob der Kern bestehen bleibt oder nicht. Das Wichtigste des ganzen Processes ist der Anfang, die Genese der Molluskenkörperchen; da sieht man den Zerfall sehr schön, der ganz allmählich fortschreitet.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Sitzung vom 3. Juni 1892.

Vorsitzender: Dr. Sherwell.

(Originalbericht von Dr. Holsten in Brooklyn.)

I. Dr. Raynor stellte eine Frau mit **Dysidrosis des Gesichts** vor. Die Läsionen traten regelmäfsig im Sommer hervor; die gegenwärtige Affektion hatte sich vor 3 Wochen eingestellt.

II. Dr. Winfield stellte einen Fall ohne Diagnose vor. Es handelte sich um einen Mann, der viele Jahre zuvor Syphilis durchgemacht hatte. Der jetzige Ausschlag trat vor etwa vier oder fünf Wochen auf, war alsdann zwei bis drei Tage lang verschwunden, um darauf wiederzukehren und sich über den ganzen Körper auszubreiten. Die Affektion besteht aus hellroten Papeln. Patient ist Phthisiker und hat in letzter Zeit an Körpergewicht abgenommen. Während der letzten vier Wochen hat Patient eine ihm von einem anderen Arzte verschriebene Medizin eingenommen.

Anfangs war die Affektion für einen Hitzausschlag gehalten worden, aber die Papeln waren spitzer, gröfser und gingen tiefer hinein, als dies bei Hitzerythemen der Fall zu sein pflegt, und aufserdem waren die Läsionen an den behaarten Körperteilen mit Ausnahme des Gebietes der Bartbildung am Gesicht gerade am stärksten entwickelt.

Es fanden sich, abgesehen von den Überresten vereiterter Bubonen, keine Zeichen einer neuerlichen spezifischen Erkrankung. Demgemäfs wurde die Diagnose **Jodkaliumexanthem** gestellt.

(Späterhin wurde durch Einsichtnahme des Receptenbuches in der betreffenden Apotheke festgestellt, dafs der Kranke eine Jodkaliummixtur in der Stärke von 11:60 Wasser genommen hatte.)

III. Dr. Holsten stellte einen Fall von **Favus der Kopfhaut** bei einem jungen Mädchen vor. Das Leiden hatte bereits länger als neun Jahre bestanden; ihre Grofsmutter und ein Onkel waren ebenfalls daran erkrankt, aber die übrigen Mitglieder der Familie waren verschont geblieben, trotzdem sie dieselben Haarbürsten, Kämme, Handtücher etc. gemeinsam benutzten. Dieser Fall beweist, dafs nicht jedermann für die Krankheit empfänglich ist, dafs vielmehr bei vielen Individuen die Haut im stande ist, dem Eindringen des Pilzes erfolgreichen Widerstand zu leisten.

IV. Dr. Morton stellte eine Frau vor, welche vor 13 Jahren wahrscheinlich **Syphilis** durchgemacht hatte, obzwar die Anamnese nicht ganz vollständig war. Immerhin wurde aber festgestellt, dafs sie an Alopecie und Kopfschmerzen gelitten hatte, und dafs Aborte vorgekommen waren. Jetzt finden sich an den Knien Narben von typischen, syphilitischen Geschwüren, welche zwei Jahre zuvor konstatiert worden sind.

Es handelt sich gegenwärtig um drei halbfeste Geschwülste am linken Beine, die von einander alle deutlich abgegrenzt sind. Dieselben sind scharf umschrieben, mit der Haut beweglich; die am weitesten nach unten gelegene derselben fühlt sich im Centrum weicher an als die beiden anderen. Die sie bedeckende Haut ist erythematös gerötet.

Patientin giebt an, dafs diese unterste Geschwulst sich stetig verkleinert habe. Das Allgemeinbefinden ist gut; es sind keine Kopfschmerzen und keine Obstipation vorhanden.

Die Diagnose schwankte zwischen Abscefs, Gumma und Erythema nodosum bei einer syphilitischen Diathese. Redner entscheidet sich für dieses letztere.

Dr. Smylie sprach über die **Behandlung der chronischen Urethritis** und zeigte ein von ihm zu diesem Zwecke konstruiertes Instrument, welches im wesentlichen aus einer hohlen Metallsonde mit einer an der Spitze angebrachten Öffnung besteht. Ein komprimierbarer Behälter, der die nötigen Medikamente aufzunehmen bestimmt ist, wird an den Griff des Instrumentes angeschraubt, so dafs man das betreffende Mittel durch das Lumen der Sonde hindurch drücken und es somit direkt auf die erkrankte Schleimhaut applicieren kann.

Dr. Raynor erinnert sich eines Falles von **Gonorrhoe**, welche trotz verschiedentlicher Behandlung mit Injektionen, Sondieren etc. sechs oder sieben Monate lang

ungebessert fortbestanden hatte. Bei der endoskopischen Untersuchung fand sich etwa zwei Zoll vom Meatus entfernt ein circa halbzollgrofser Granulationsherd. Mit einem Tamponträger wurde eine mit Lugolscher Lösung und Listerin getränkter Wattebausch auf die erkrankte Stelle gebracht und (allerdings nicht mit Absicht) beim Zurückziehen des Tamponträgers dort belassen; diese Watte blieb fast einen ganzen Tag an Ort und Stelle liegen, worauf Patient eine sehr bedeutende Besserung konstatierte. Nachdem die Medikation noch einmal ausgeführt und der Wattebausch mit Bedacht wieder liegen gelassen worden war, konnte die Heilung als vollkommen betrachtet werden.

Eine wesentliche Besserung wurde auch bei einem anderen Kranken erzielt, welcher in derselben Weise behandelt wurde.

Sitzung vom 7. Oktober 1892.

Vorsitzender: Dr. Sherwell.

I. Dr. Holsten stellte einen Fall von **papulo-tuberkulösen Syphiliden** bei einer 45jährigen Frau vor. Die Patientin hat elf Kinder geboren, das letzte vor zwei Jahren. Bald nach der Geburt entwickelte dasselbe grofse Wasserblasen am ganzen Körper und starb bereits nach einem Monat. Das vor diesem letzten geborene Kind ist noch am Leben und ist jetzt elf Jahre alt. Aborte sind bei diesem Falle niemals vorgekommen. Der Ehemann ist nach Aussage der Kranken vollständig gesund. Im December 1891 hatte die Frau eine kleine Wunde an den Genitalien, doch heilte dieselbe bei Anwendung von Karbollösung bald ab, ohne dafs damals oder früher irgend eine interne Behandlung in Anwendung gekommen war.

Der Ausschlag ist auf die Handrücken und die dorsale und palmare Fläche der Handgelenke beschränkt und besteht aus Gruppen von tiefroten papulo-tuberkulösen Syphiliden. An den Beinen ferner finden sich schuppende Papeln. Dieser Ausschlag trat zuerst etwa Mitte Juni auf und ist jetzt von ungefähr der nämlichen Beschaffenheit wie bei der ersten Untersuchung am 11. August, da die Kranke die ärztlichen Vorschriften nur sehr mangelhaft befolgt.

Dr. Holsten bezeichnet die Affektion als eine späte Erscheinung der Syphilis, als einen frühzeitigen Tertiärausschlag, und glaubt nicht, dafs die in der Anamnese erwähnte Läsion an den Genitalien mit dem gegenwärtigen Ausschlag irgendwie in Zusammenhang stehe.

II. Dr. Holsten stellte einen Fall als Analogon zu der von Crocker in seinem Lehrbuch als **Dermatitis repens** beschriebenen Affektion vor. Es handelte sich um eine 32jährige Frau, die sich nur mit den gewöhnlichen häuslichen Arbeiten beschäftigt. Der Ausschlag wurde zuerst im Juni 1891 in Gestalt von Bläschen zwischen den Fingern der rechten Hand bemerkt. Die Bläschen konfluierten und platzten, und bei der ersten Vorstellung am 26. Juli fanden sich an der Basis der Phalangen an beiden Händen mehrere Stellen von ekzematöser Beschaffenheit. Die Epidermis war auf den erkrankten Gebieten verschwunden, und das freiliegende, glänzend rote Rete zeigte hier und dort auf seiner Oberfläche aussickernde Serumtröpfchen; am Rande dieser Stellen war die umgebende Epidermis unterminiert, und es war eine konstante Neigung der Krankheitsherde, sich durch den fortschleichenden unterminierenden Procefs weiter zu verbreiten, deutlich erkennbar.

Redner hält das Leiden für eine Unterart vom Ekzem, die wahrscheinlich au parasitärer Einwirkung beruhe. Die Behandlung war eine ausschliefslich lokale gewesen und hatte in der Anwendung einer anfangs 2procentigen, später 6procentigen Ichthyolsalbe bestanden, doch war irgendein Erfolg nicht damit zu erzielen gewesen. Vortragender will jetzt nach dem Vorgang Crockers eine 10% Salbe von Bleilaktat versuchen.

Ferner berichtete derselbe über einen ähnlichen Fall, den er ein Jahr zuvor in Behandlung gehabt hat Der Kranke war ein junger Mann, welcher in einem Gasthaus am Büffet beschäftigt war und seine Hände häufig in Wasser zu tauchen Veranlassung hatte. Die Läsionen hatten sich zuerst an den Endphalangen sämtlicher Finger entwickelt, das Rete lag frei zu Tage, und es sickerte fortwährend Serum aus. Am proximalen Ende der Läsionen fand sich eine Randzone von unterminierter, etwas teigiger Epidermis, und das Leiden breitete sich durch die allmähliche Auflösung dieses unterminierten Randes über die ganzen Finger hinauf.

Obgleich der Kranke seine Stellung aufgab und sich ausschliefslich mit der Pflege seiner Finger beschäftigte, dehnte sich die Affektion immer weiter aus. Ichthyol wurde erst in kleinen, dann in grofsen Dosen versucht, doch wurde kein wesentlicher Erfolg damit erzielt. Nachher entzog sich der Kranke der weiteren Beobachtung, und es ist über das schliefsliche Resultat nichts bekannt.

III. Dr. Winfield stellte einen 22jährigen Mann vor, der vor 4½ Monaten ein **Geschwür an seinem Penis** bemerkt hatte; dasselbe war hart und induriert. Unter Einpuderungen mit Aristol und Kalomel heilte es in drei Wochen aus. Sieben Wochen später trat ein universelles, syphilitisches Exanthem (Maculae) hervor. Es wurde Protojodid in Gaben von 0,0075 zehn Tage lang dargereicht, worauf bei dem Kranken sich eine mäfsige Salivation sowie ein blauer Streifen am Zahnfleisch entwickelte, so dafs das Medikament ausgesetzt werden mufste, doch war zugleich der Ausschlag verschwunden, nachdem derselbe nur zehn bis vierzehn Tage bestanden hatte. Alsdann erhielt er eine Woche lang drei mal täglich Tabletten mit 1/25 Gran Bijodid; in der zweiten Woche wurde die Dosis aufs Doppelte gesteigert und in der dritten Woche aufs Dreifache, bis Speichelfluſs wieder hervorgerufen wurde. Während dieser ganzen Zeit war kein Ausschlag zu bemerken gewesen, und die geschwollenen Drüsen hatten an Gröfse wieder abgenommen. Vor fünf Tagen wurde das Medikament zum letzten Male dargereicht, und am selben Tage bemerkte der Kranke, nachdem er ein Bad genommen hatte, einen Ausschlag am ganzen Körper. Gleichzeitig wurden die Symptome einer starken Erkältung konstatiert mit Sekretion der Nasenschleimhaut, Steigerung der Temperatur um zwei Grad (F.), Kopfweh und allgemeinem Unbehagen. Keine Hyperämie der Conjunctiva, kein Husten.

Der erste Ausschlag war unbedingt eine Roseola gewesen, aber dieser zweite war makulös und hatte die Neigung, sich nach der Manier des Masernexanthems in Gruppen zusammen zu ordnen. Vor kurzem bestanden auch Plaques muqueuses auf der Mundschleimhaut, doch sind dieselben jetzt abgeheilt. Der Patient ist nervös veranlagt, seines Zeichens Maurer und als solcher den Unbilden der Witterung ausgesetzt. Dr. Winfield diagnosticierte die Affektion als recidivierende Syphilis, doch ist nicht zu leugnen, dafs die Beschaffenheit derselben vor fünf Tagen sehr lebhaft an Masern erinnerte.

Dr. Winfield machte ferner über einen Fall von **fungösem Tumor des Hodens** Mitteilung. Patient war sehr heruntergekommen, hatte eine vergröfserte, granulierte Leber und sah aus, als ob er möglicherweise an Carcinose litt. In seinem 17. Lebensjahr hatte er ein Geschwür am Penis, aber keine weiteren Symptome gehabt. Die Differentialdiagnose lag zwischen Syphilis, Tuberkulose und Carcinom. Es war an einen operativen Eingriff gedacht worden, doch wurde derselbe aufgeschoben und statt dessen 0,005 Sublimat, nebst 0,3 Jodkalium verordnet. Da bei dieser Medikation keine Wirkung erzielt wurde, liefs man die Dosis Jodkalium rasch steigern, bis Patient täglich 4,8 g erhielt. Hierbei wurde der Hoden kleiner, und es war auch eine Abnahme der Leberschwellung wahrzunehmen.

Das Jodkalium wurde in ansteigenden Dosen weitergegeben, so dafs Patient

schliefslich 7,5 g pro die gebrauchte. Er wurde aus dem Hospital wesentlich gebessert entlassen, doch trat später wieder eine Verschlimmerung ein, die eine Wiederaufnahme der Behandlung erforderlich machte. Es wurde wieder Jodkalium in Gaben bis zu 21 g pro die gegeben mit dem Erfolg, dafs der Mann jetzt vollständig gesund ist.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Besprechungen.

Herpes zoster und dessen Einreihung unter die Infektionskrankheiten. Auf Grund der vervollständigten Sammlung des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen beleuchtet von TH. VON WASIELEWSKI. (Gustav Fischer, Jena.) Es giebt wissenschaftliche Fragen, die man für vollkommen abgeschlossen hält, Thatsachen, von denen man glaubt, dafs sie vollkommen feststehen, und niemand an ihnen zu rütteln wagen wird. Aber das sind Illusionen; angreifbar ist schliefslich jedes, es fragt sich nur, ob der Angriff die herrschende Ansicht zu erschüttern vermag. Als eine solche abgeschlossene Frage gilt wohl allgemein die Abhängigkeit des Herpes zoster vom Nervensystem, aber dennoch liegt hier die zweite Arbeit vor, die dieselbe absolut in Abrede stellt. Aus einer Sammelforschung des Allgemeinen thüringischen Ärztevereins schöpfte PFEIFFER sein Material für die Behauptung, dafs die Bläscheneruption beim Herpes zoster nicht dem Verlauf der Nerven folgt, sondern demjenigen der Blutgefäfse. Aus derselben Quelle ist auch die vorliegende Arbeit hervorgegangen, die sich auch auf die PFEIFFERsche stützt, deren Beweiskraft allerdings von weiteren Kreisen nicht anerkannt worden ist. Der Verfasser beginnt den Sturm auf die neurotische Entstehung des Herpes zoster, mit einem Angriffe auf die Lehre von den trophischen Nervenfasern. Den schwachen Punkt derselben, dafs sie weniger durch experimentelle, als klinische Beobachtungen gestützt wird, benutzt er recht geschickt, um die ganze Lehre anzufechten. Durch vasomotorische Einflüsse, durch gestörte Funktion sollen die Dystrophien, die Atrophien erklärt werden, wobei dem Verfasser allerdings der Decubitus acutus etwas im Wege ist, von dem er verlangt, dafs er erst von neuem studiert würde, bevor er Beweiskraft für das Vorhandensein trophischer Nerven erhalte. Es sind dieselben Waffen, mit denen schon andere Autoren ohne Erfolg gegen die trophischen Nerven gekämpft; ob sie dieses Mal wirksamer sein werden, ist wohl zweifelhaft. — Sodann wendet sich Verfasser eingehend gegen die klinischen und pathologisch-anatomischen Beweise des neurotischen Ursprungs des Herpes zoster, die er alle zu widerlegen versucht, um seine Theorie, dafs der Herpes zoster eine Infektionskrankheit ist, dann zur Geltung zu bringen. Es würde den zugemessenen Raum überschreiten, wollte ich auf die recht interessanten und anregenden Ausführungen über die Unabhängigkeit des Herpes zoster hier des genaueren auseinandersetzen. Wer die Frage objektiv prüfen will, wird die Arbeit im Original lesen müssen. — Die Beweise für den infektiösen Ursprung sind kurz folgende: Das epidemische Auftreten zu gewissen Jahreszeiten, zuweilen vorhandene Prodrome und Fiebererscheinungen, die Seltenheit der Recidive. Von einem naheliegenden Kompromifs, dafs es sich um ein infektiöses Agens handelt, welches ebenso wie manche andere Noxe das Nervensystem zum Angriff nimmt und so den Herpes hervorruft, will Verfasser nichts wissen.

Verfasser glaubt, in seiner Arbeit mit Sicherheit nachgewiesen zu haben, dafs unzureichende Beobachtungen, voreilige Schlüsse auf Grund eines unzureichenden Materials und eine nicht aufrecht zu erhaltende Hypothese von den trophischen Nerven zu der falschen Ansicht von dem nervösen Ursprung des Herpes zoster herbeigeführt haben. — Vielleicht würde Verfasser mehr Anhänger für seine Ansicht in diesem speciellen Falle gewinnen, wenn er sie nicht mit einem allgemeinen Angriff auf die trophischen Nervenfasern verbunden hätte; diese haben schon schwerere Angriffe überdauert und werden auch diesen nicht erliegen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Synopsis of Lectures on Diseases of the Skin, von Robert John Garden-Aberdeen. (Royal Infirmary. 1889.) Das Buch ist für Studierende, zumal für diejenigen bestimmt, welche die Vorlesungen des Verfassers besuchen. Es bringt in einer passenden, gedrängten, leicht dem Gedächtnisse sich einprägenden Form das Wesentlichste über die Anatomie und Physiologie, über die allgemeine Pathologie, Einteilung, Definition, Diagnosis und Behandlung der Hautkrankheiten. Während das Buch einerseits Gardens Zuhörern als Memorandum dient, wird es andererseits dem praktischen Arzte, auch dem Specialisten, ein Hülfsmittel sein, sich über jede das Gebiet der Hautkrankheiten betreffende Frage mit wenigen Worten rasch zu orientieren. Einige Proben mögen das Buch empfehlen:

Struktur der Haut.

I. Schichten.

A. Epidermis.

1. Stratum corneum
2. „ lucidum
3. „ granulosum
4. „ spinosum
5. Basalschicht

} Rete Malpighii.

B. Corium, Derma, Cutis.

1. Pars papillaris.
2. Pars reticularis.

C. Tela cellulosa, Adiposa, Subcutanea.

II. Hautanhänge.

A. Nägel.
B. Haare.

III. Drüsen.

A. Talgdrüsen.
B. Schweifsdrüsen.

IV. Blutgefäfse, oberflächlich und tiefer gelegene.
V. Nerven, Muskeln etc.

Ein anderes Beispiel ist folgendes:

Ursachen der Hautkrankheiten:

1. Prädisposition, Dyscrasia.
2. Störungen der normalen Funktion, z. B. der Verdauung, der Menstruation etc.
3. Seniler Marasmus.
4. Kongestion.
5. Der Gebrauch von Arzneimitteln, Nahrungsstoffen etc.
6. Irritamente.
   a) Mechanische z. B. Reibung an den Kleidern; b) chemische z. B. Seifen, Kanthariden etc.; c) parasitische z. B. Pediculi, Acarus, Trichophyton tonsurans.

7. Infektion.

a) Akute Infektionskrankheiten; b) Syphilis; c) Vaccination etc. etc.

In ähnlicher, aber stets erschöpfender Weise sind abgehandelt Kapitel über die Einteilung, über die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten und unter Berücksichtigung der Diagnose, der differentiellen Diagnose, Prognose und der Therapie auch die Hautkrankheiten im Speciellen.

Die Blätter sind behufs Aufnahme von ergänzenden Notizen durchschossen. Das Buch kann als ein nützliches, praktisches Repetitorium mit gutem Gewissen empfohlen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten, von S. Jessner. (*Berliner Klinik.* Heft 50. 1892) Verfasser hat sich in dankenswerter Weise der Aufgabe unterzogen, eine Übersicht über die in der Neuzeit empfohlenen Mittel und Methoden zu dermato-therapeutischen Zwecken zu geben. Gerade in keiner Disziplin ist eine derartige Hochflut von Angebot neuer Panaceen zu verzeichnen, wie in der unsrigen; wie wenig davon bleibenden Wert hat, wissen wir alle; und doch ist ja das Streben, Neues, Besseres zu finden, nur zu loben, und manche treffliche Verbesserung hat sich Bahn gebrochen, wenn auch bei vielen Dingen nur der Erfinder, bezw. Fabrikant aus seiner Reklame den materiellen Vorteil zog.

Besprochen und gelobt werden Ichthyol, weniger Thiol, ferner Resorcin, Naphtol, Chrysarobin etc., ferner die Schar der „jodoformersetzenden" Mittel, von denen das Europhen das beste scheint, endlich die Antiluetica, unter denen Jessner die Sublimatkochsalzlösung bevorzugt; die unlöslichen Hg-Salze kommen (meiner Meinung nach Ref.) unverhältnismäfsig schlecht weg.

Von neueren Applikationsmethoden verdienen Beachtung der Alkohol- und Ätherspray, die Pasten, die Salbenstifte, Salben- und Pflastermulle, in deren trefflicher Darstellung und Erprobung Unna ja Hervorragendes geleistet hat; doch sind auch die Kollemplastra (Dietrich-Helfenberg, sowie die Wiener Marke „Austria") sehr empfehlenswert. Leime und Firnisse finden vielfach Verwendung mit gutem Erfolge, nicht minder Seifen, in deren Herstellung und Dosierung jetzt Tüchtiges geleistet wird von den Fabriken von Mülhens in Köln (nach Eichhoff) und Beiersdorf (nach Unna). Leider sind die Seifen, auch die überfetteten, immer noch keineswegs indifferent für die Haut, da sie leicht durch Zersetzung freies Alkali enthalten. Zum Schlufs fügt Verfasser eine Reihe von ihm erprobter Receptformeln bei.

F. Hahn-Bremen.

Blennorrhagie, Syphilis und Hautkrankheiten, von Rudolf Winternitz. Aus dem Jahresbericht des poliklinischen Instituts der k. k. deutschen Universität zu Prag für das Jahr 1891. (*Prag. med. Wochenschr.* 1892. No. 49.) Ulcus durum: In zwei Fällen Sitz in der Urethralmündung, bei einem in der Penoskrotalfurche, bei zweien an der Unterlippe. In einem Falle gleichzeitig vier vollkommen entwickelte Primärsklerosen am Innenblatte des Präputiums; in einem bedeutendes Ödem der ganzen Penishaut und Lymphstrang.

Lues. Bei einem Luetiker im ersten Jahre nach 20 Einreibungen zu 3,0 und Jodkalium doch eine periostale Auftreibung neben dem Epicondylus externus des linken Oberarms und Synovitis des linken Handgelenks. Heilung durch graues Pflaster und Jodkalium.

71 Jahre alter Patient. Exanthem 5 Wochen nach der Primärsklerose; grofspapulöse Recidive; erheblicher Kräfteverfall.

In einem Falle Knotensyphilid schon 6 Wochen nach dem inficierenden Coitus.

Gummöse Lues 9mal an Knochen, 5mal an Haut, 4mal an Rachenschleimhaut, 2mal an Hoden, je 1mal an Leber, peripheren Nerven, Lymphdrüsen.

Sklerosierende Glossitis 17 Jahre nach der Infektion an der Zungenspitze mit Geschwür vom Zungenbändchen bis zur Unterlippe; 3 Monate später Gumma am Zungenrücken.

Gumma im Hoden bei einer acquirierten Lues (14 Jahre nach der Infektion) und bei einer hereditären Lues (4jähriger Knabe; 4 Geschwister frühzeitig gestorben; Narben am Rücken).

Affektion des N. ulnaris: 41jährige Frau, erhebliche Verdickung des Nerven über dem Epicondylus; Arm magerer; Parästhesien in den drei letzten Fingern; Auftreibungen der Schädelknochen, Abnahme der Intelligenz, schwankender Gang.

Gummöse Adenitis oberhalb und unterhalb der Clavicula: Ödem des Armes, der linken Halsseite und der vorderen seitlichen Brustpartie; Gummata an anderen Körperteilen; Jodkalium; Heilung.

Ulcera mollia wurden mit Kupfervitriol in Substanz gründlich geätzt und in wenigen Tagen geheilt.

Ulcera dura wurden mit Aristol und Europhen mit gutem Erfolge behandelt.

Allgemeinbehandlung durch Inunktionen, Injektionen mit oder ohne Jodkalium.

Akne: Ein Fall von Akne ex Bromo zeigte zuerst vollkommen das Bild von Erythema nodosum: dunkelrote, schmerzhafte Infiltrate an dem Unter- und Oberschenkel, besonders an den Streckseiten; an einer Stelle eine überlinsengroſse Blase, umgeben von einzelnen kleinen Pusteln. Nach Aussetzen des Broms schwindet alles, bei Wiederverabreichung blasige Abhebung der Epidermis mit trübem Inhalt und geröteter, schmerzhafter Umgebung; allmählich Entwickelung einer bedeutenden Wucherung, die eine Gröſse von 12:6 cm und eine Höhe von ½—1 cm erreicht; ringsum kleine schwammige Infiltrate. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Harnuntersuchungen und ihre diagnostische Verwertung, von B. Schürmayer. Mit 4 lithographierten Tafeln. J. Bergmann, Wiesbaden 1893. In kompendiöser Form bringt das Büchlein das Wichtigste über Harnuntersuchungen. Dasselbe wird seinen Zweck, dem Arzte eine Anleitung zu geben, erfüllen, ohne vor anderen Büchern gleichen Inhalts besondere Vorteile voraus zu haben. Für die quantitative Zuckerbestimmung geben auch die einfachen Gährungsrecherchen in der Praxis genügend genaue Ergebnisse; sie sind aber billiger wie das sonst gute Schützsche Aëro-Saccharimeter. Auch die quantitative Bestimmung mit Fehlingscher Lösung ohne Titrierapparat durch einfaches Zählen der Tropfen wäre zu erwarten gewesen, da sie auch den praktischen Arzt meistens genügend orientiert und im Sprechzimmer sofort innerhalb weniger Minuten ausführbar ist. *Jessner-Königsberg i. P.*

Die Krankheiten der männlichen Urethra, von F. N. Otis. (G. S. Davis. Detroit 1888. 86 S.) Die ersten Abschnitte behandeln die Anatomie der männlichen Harnröhre. Verfasser beschreibt den Verlauf, die Dimensionsverhältnisse der Urethra, ihre Drüsen, Blutgefäſse und Nerven, ihre angeborenen und acquirierten Deformitäten und die aus denselben resultierenden Folgezustände. Sodann wird die Urethritis mit ihren Komplikationen namentlich der Striktur eingehend besprochen. Die einfachen spastischen Strikturen, hervorgerufen durch reflektorische Kontraktionen des Musculus compressor urethrae verleiten sehr häufig zur irrtümlichen Annahme einer organischen Striktur gonorrhoischer Natur. Die letztere ruft nicht selten auf reflektorischem Wege Störungen des Nervensystems hervor. Verfasser führt einige Beispiele aus seinem reichen Krankenmateriale an.

Die Therapie der Krankheiten der männlichen Urethra bespricht der erfahrene Verfasser in den letzten Abschnitten seines Buches. *C. Berliner-Aachen.*

Die Gonorrhoe und ihre Behandlung, von G. Frank Lydston. (George Davis. Detroit 1892. 216 S.) Verfasser bespricht zunächst die Nomenklatur und die verschiedenen Bezeichnungen der Krankheit, unter denen ihm die Bezeichnung „Urethritis", weil sie die zahlreichen Varietäten der Affektion in sich begreift, als die prägnanteste erscheint. Gleichwohl bedient sich der Verfasser des besseren Verständnisses wegen hier und da der Bezeichnung „Gonorrhoe".

Einem kurzen, sehr interessanten, historischen Rückblicke sind die nächsten Zeilen gewidmet.

Die Urethritis ist eine sehr alte Krankheit, die bereits vor 5000 Jahren in den Schriften eines chinesischen Kaisers Erwähnung gefunden hat. Den alten Griechen und Römern war sie bekannt. Im 15. Kapitel des Leviticus der Bibel findet sich eine ganz umfassende und geistreiche Abhandlung über die Gonorrhoe. Moses hat sich hier als ein vorzüglicher Arzt und ein ausgezeichneter Kenner der menschlichen Natur erwiesen.

Im folgenden wird die Gonorrhoe definiert und ihr Entstehen, ihre Ursachen näher beleuchtet. Neissers Entdeckung, die Natur des Trippergiftes und des, wie es scheint, mit demselben verwandten Schankergiftes wird ausführlich besprochen.

Im zweiten Kapitel behandelt der Verfasser die verschiedenen Varietäten der akuten Urethritis und beschreibt deren klinische Symptome. Ein reiches kasuistisches Material unterstützt den Autor in seinen Ansichten.

Die chronische Urethritis und ihre Varietäten, die pathologische Anatomie, die zahlreichen Komplikationen der Urethritis werden in den folgenden Abschnitten des Buches in einer stets klaren, kurzweiligen Form vom Verfasser eingehend besprochen.

Das sechste Kapitel behandelt die Gonorrhoe des Weibes, ihre Häufigkeit, ihre Ursachen und Komplikationen. Nöggeraths Ansichten bezüglich der Gonorrhoe des Weibes werden kritisch besprochen. Von 1000 Männern erkranken 800 an Gonorrhoe; 90% der Fälle bleiben ungeheilt und vermögen die Krankheit auf die Frauen zu übertragen. Die zahlreichen Erkrankungen an Metritis, Endometritis, Parametritis, Salpingitis etc. (von 100 Frauen sind 90 mehr oder weniger krank) sind nicht zum geringsten Teile auf gonorrhoische Infektion zurückzuführen.

In den letzten Kapiteln wird die Therapie der akuten und chronischen Urethritis, sowie ihrer Komplikationen besprochen.

Obwohl das Buch nicht viel neues bringt, so ist es dennoch in jeder Beziehung interessant und instruktiv und wird stets mit Vergnügen gelesen werden.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Parasitismus und Zellentwickelung im Epithelioma, von A. Borrel. (*Ann. de derm. et de syph.* 1892. S. 1336.) Nachdem B. in einer früheren Arbeit vor Verwechselungen zerfallener Zellen mit Mikrobien gewarnt hatte, sucht er in der vorliegenden Abhandlung den Nachweis zu liefern, dafs sich bei Einhaltung eines bestimmten Verfahrens im Epitheliom Gebilde finden, die sich ungezwungen als Parasiten deuten liefsen. Er begnügt sich indessen mit der Feststellung dieses Befundes, ohne weitere Schlüsse daraus zu ziehen. *Türkheim-Hamburg.*

Gegen die **Pigmentflecke der Haut während der Schwangerschaft** wird im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 728 folgende Salbe empfohlen:

Zinc. oxyd. pur.	0,3
Hydrarg. oxyd. flav.	1,15
Ol. Ricin.	
But. Cacao	aa 75,0
Spirit. Ros.	gtts. X.

MDS. 2 mal täglich die betreffenden Stellen einreiben.

Türkheim-Hamburg.

Zur Frage der Heilbarkeit der Epitheliome berichtete O. Lassar in der Berliner medizinischen Gesellschaft unter Demonstration von Patienten, Abbildungen und mikroskopischen Präparaten. — Schon im Jahre 1889 hat L. durch therapeutische Maßnahmen einen Fall von multiplen Hautcarcinomen des Gesichts der Heilung näher geführt. Neuerdings hat er das Verfahren an einer Patientin wieder aufgenommen, die anfangs Oktober mit einem wallnußgroßen Tumor der Wangenhaut in Behandlung trat, der sich mikroskopisch als flacher Hautkrebs ergab. Derselbe ist jetzt ohne örtliche Heilmittel vernarbt. Ein zweiter Fall ist sichtlich in Heilung begriffen. Zur Anwendung kam Arsenik intern oder subkutan. Es ist also die Arsenkur in solchen Fällen weiter zu prüfen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 23.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Sarkome der Zunge, von Scheier. (Berl. laryngol. Gesellschaft, den 17. Juli 1891.) Der Vortragende berichtet über ein Sarkom an der Zungenbasis, dessen Diagnose erst nach wiederholten Exstirpationen kleiner Stücke zu mikroskopischer Untersuchung gestellt werden konnte. Der radikalen Entfernung folgte sehr schnell ein Recidiv. Das Leiden ist ein sehr seltenes, nur 14 Fälle konnte Sch. aus der Litteratur zusammenstellen. Sitz meistens am Zungengrund, Wachstumsschnelligkeit sehr verschieden. In diagnostischer Beziehung kommen Gummata und Carcinome in Frage. Die Prognose ist nicht günstig. In einem Falle war der Tumor angeboren und wurde mit Erfolg galvanokaustisch abgetragen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorstellung eines Falles von Gesichtssarkom, erfolgreich mit Mosetig-schen Einspritzungen behandelt, von Lindner. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung den 9. Januar 1893. (*Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 8.) Mitte Oktober kam ein junger Mann mit umfangreichem Tumor der linken Schläfengegend, der von der vorderen Haargrenze bis zur Mitte der Wange reichte und schon zwei Jahre bestand. Erst in der letzten Zeit waren heftige, reißende Schmerzen aufgetreten. Die Konsistenz war gleichmäßig, prall, elastisch. Der Tumor war nicht verschieblich, hatte zwei ulcerierte Stellen. Nach Behandlung des inoperablen Tumors mit Mosetig-schen Einspritzungen hat sich der Tumor um $^2/_3$ verkleinert, die Ulcerationen haben sich geschlossen. Nach der alle acht Tage an der Peripherie vorgenommenen Injektion folgt lokale Reaktion. Seit vier Wochen ist nicht mehr injiciert, ohne daß Neigung zum Wachstum wieder sich gezeigt hätte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Xanthoma diabeticorum, von H. Radcliffe-Crocker. (*The Brit. Journ. of Derm.* 1892. Pag. 253.) Bei einem kräftigen Diabetiker von 30 Jahren traten an den Nates, dann an den Armen Papeln von Linsen- bis Erbsengröße mit einem erst leicht rötlichen, dann gelblichen Kolorit auf; besonders gelb waren sie am Ellenbogen, wenn auch mit weißlicherem Beiton. Stücke wurden excidiert, in eine Mischung aus Alkohol und $^1/_6$%iger Chromsäure zu gleichen Teilen gelegt; die Serienschnitte wurden mit Hämatoxylin gefärbt und 10%iger Essigsäure entfärbt. In der Epidermis war nur das Rete Malpighii etwas verdickt, die untersten Zellen zeigten geringe Proliferations-

vorgänge. Die Hauptveränderungen betrafen die Pars papillaris, und vor allem die Teile direkt unter dieser. Es bestand eine Infiltration von ovalen und spindelförmigen Zellen zwischen den Bindegewebsbündeln des Coriums, so daſs diese in einzelne Bündel zerlegt wurden. Die Zellen waren hauptsächlich in horizontaler Richtung angeordnet, nur die um die Gefäſse herum gelagerten lagen in unregelmäſsigen Zwischenräumen und mehr vertikal. Auſser den Exsudationszellen gab es noch epitheloide von verschiedener Gestalt mit einem oder mehreren Kernen und in Gruppen gelagert. Es schien, als ob diese zu den Blut- und Lymphgefäſsen in Beziehung ständen. Die Schweiſsdrüsen zeigten Zellinfiltration und Proliferationsvorgänge. Die Blutgefäſse waren dilatiert und in Rundzellen eingebettet. Der tiefere Sitz unterscheidet diese Tumoren von dem gewöhnlichen Xanthoma planum, bei dem die Zellmassen sehr groſs und zahlreich sind, die Zellen mehr Riesenzellen mit vielen Kernen darstellen. Vom Xanthoma tuberosum ist der Unterschied geringer. Verfasser glaubt aber doch, daſs zwischen dem Xanthoma diabeticorum und dem Xanthoma planum et tuberosum nur graduelle Unterschiede bestehen. Bei dem Xanthoma diabeticorum ist Involution die Regel. Den ganzen Vorgang faſst der Verfasser als entzündlichen auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von Hautfibrom (Molluscum pendulum) von enormen Dimensionen, von Léon Desguin. (*Ann. et. Bull. de la Soc. de Méd. d'Anvers* 1. Mai 1891.) 17 Kilogramm schwerer Tumor, am Nacken und der linken Schulter inseriert, mit einem 15 cm breiten, 2—3 cm langen Stiel, in dem dicke Gefäſse fühlbar sind, bei einer 45 Jahre alten Patientin. Operation: Durchbohrung des Stiels mit einer Lanzennadel an 5 Stellen und Anlegung von 6 Ligaturen, von denen 3 gleich, 3 einen Tag später zugezogen wurden. Darauf Amputation mit Zurücklassung eines langen Stiels, der später auch abgetragen wurde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über enorme Neubildungen am Kuheuter, von H. Reeker. (*XX. Jahresbericht des Westfälischen Provinzial-Vereins für Wissenschaft und Kunst.* Münster 1892.) An den Zitzen eines Kuheuters fand Verfasser in dem einen Falle zahlreiche 1—65 mm lange, 1—11 mm dicke Hornauswüchse; in dem anderen kürzere und gedrungene, dicht aneinander gelagerte Neubildungen. Grawitz erklärte die Gebilde im ersten Falle für Hauthörner, im zweiten für papilläre Fibrome.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung maligner Tumoren mit Pyoktanin, von Mann. VI. französischer Chirurgen-Kongreſs, Sitzung den 20. April 1892. (*Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 45.) Das Pyoktanin fand in 25 Fällen Anwendung; bis zu 12 Gramm einer wässerigen Lösung wurde täglich injiciert. Besserung wurde beobachtet. Die am meisten tingierten Gewebe wurden nekrobiotisch, stieſsen sich ab, wahrscheinlich auf dem Wege der Thrombose. Gesundes Gewebe wird nicht beeinfluſst, es ist also die Wirkung nicht mit derjenigen der Caustica zu vergleichen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die sogenannte Schälmethode bei Epheliden, Acne rosacea etc., von W. van Hoorn. (*Progrès médical.* 1893. No. 4.) Verfasser hat mit bestem Erfolge die Unnasche Schälmethode mittelst 50% Resorcinpasta und nachheriger Applikation von Zinkleim bei Epheliden angewendet. Es gelang ihm, mit Hülfe derselben die ganze Applikationsfläche der Epidermis in Form einer Maske im Zusammenhange zu entfernen. Auf der hinteren Fläche derselben waren die abgelösten Epheliden als braune Flecken, die Komedonen der Nasengegend als kleine Punkte sichtbar.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Akromegalie, von G. Gause. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 40.) Verfasser berichtet genau über einen Fall von Akromegalie bei einem

63jährigen Dienstmädchen und giebt besonders die Differentialdiagnose gegenüber der Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, von P. Marie. Dieser stellt folgende Unterschiede fest:

Akromegalie.	Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique.
1. Dicke, kurze Hände. Finger gleichmäfsig hypertrophisch. Verhältnis aller Phalangen gut erhalten. Nägel abgeplattet, klein.	1. Grofse deformierte Hände („Tatzen"). Finger sehr grofs, Grundphalanx verhältnismäfsig dünn. — Endphalanx dick, stark angeschwollen („Trommelschläger"). Endphalangen können zuweilen hyperextendiert werden. Nägel breit, gestreift, rissig, sehr grofs und gekrümmt (nach Art eines Papageienschnabels).
2. Karpometakarpalregion stark verbreitert und verdickt.	2. Karpometakarpalregion fast normal; nur die Köpfe der Metakarpalknochen etwas verdickt.
3. Handgelenk etwas verdickt; proportional der verdickten Hand; nicht deformiert; dieselben Verhältnisse am Fufs.	3. Handgelenk unverhältnismäfsig dicker als die Hand; deformiert; dieselben Verhältnisse am Fufs.
4. Die Veränderungen beziehen sich vorzugsweise auf die Weichteile, weniger auf die Knochen.	4. Die Veränderungen beziehen sich vorzugsweise auf die Knochen.
5. Konstante cervikodorsale Kyphose. Starke Vergröfserung und Verdickung des Unterkiefers.	5. Dorsolumbale Kyphose inkonstant. Unterkiefer nicht beteiligt.
6. Ätiologie dunkel.	6. Ätiologie: Ohren-, Herz- und Lungenkrankheiten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Experimentelle Beiträge über die Übertragbarkeit des Carcinoms, von Duplay. (*Gaz. des hôpitaux.* 1892. No. 23.) Die Versuche, Carcinom überzuimpfen, fielen sämtlich negativ aus. In 22 Fällen wurden Carcinomteile von Menschen, Kaninchen, Meerschweinchen, Hunden implantiert, aber stets spurlos resorbiert. Ebenso ging es, als er Carcinomstücke von einem Hund auf andere zu übertragen versuchte. Nichtsdestoweniger will Verfasser die Möglichkeit der Übertragbarkeit des Carcinoms zwischen Tieren derselben Gattung noch offen lassen, bis er weitere Versuche angestellt. Die parasitäre Natur des Carcinoms hält Verfasser für möglich, aber nicht bewiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Beziehungen zwischen Läsionen der Nebennieren, des Sympathicus und dem Morbus Addisonii, von Barbier. (*Gaz. méd. de Paris.* 1892. No. 29.) Die Addisonsche Krankheit kann drei Ursachen haben;

1. Affektionen der Nebennieren mit Ausnahme des Krebses.

2. Störungen im abdominalen Teil des Sympathicus (Semilunarganglien, Splanchnicus); auf diese soll besonders bei Verfettung, Atrophie oder Hypertrophie der Nebennieren geachtet werden.

3. Veränderungen des Rückenmarks wahrscheinlich an den Ursprungs- oder Durchtrittsstellen der Nervenfasern, die sich zum abdominalen Teil des Sympathicus begeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Keloid der männlichen Urethra, von GEORGE MINGES. (*Med. and. Surg. Reporter* No. 57. Sept. 1892.) Bei einem 33jährigen Mann stellten sich Harndrang und Schmerzen in der Glans penis ein, der Harnstrahl wurde dünner, Schwächegefühl in den unteren Extremitäten gesellten sich hinzu. Am Meatus der Urethra bestand eine 2 cm lange Striktur. Urethrotomia interna, später Excision der Narbe halfen nur vorübergehend. Die Wand der Urethra wurde von einer dicken, knotigen Masse eingenommen. Später wurde die Urethra gespalten und das ganze harte Gewebe bis tief in das gesunde hinein excidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab: die Oberfläche des verrukösen Tumors trug eine dicke Lage squamösen Epithels. Das Rete und die Papillen waren normal. Das Übrige bestand aus dicht gelagerten Fasern und der Oberfläche parallel gelagerten Fasern; massenhafte Kapillaren. Diagnose: Keloid. In zwei Monaten war der Zustand schlimmer als früher.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Sklerodermа, von JOHN DANN. (*New York Med. Journ.* 55. 1892. No. 13.) Der jetzt 34jährige Neger hatte seit seinem 11. Lebensjahre am rechten Nasenflügel eine kleine, harte, warzenartige Neubildung, die allmählich gröfser wurde. Später ergriff der Procefs den linken Nasenflügel; zu 22 Jahren war es über die Nase bis zu den Augenlidern vorgeschritten. Die Augen schmerzten und erblindeten nach 4 Jahren. In der Klinik fand man 1891: Ganze Gesichtshaut verdickt, infiltriert, hart elastisch, unbeweglich; Infiltration nicht gleichmäfsig; Mienen starr; der gröfste Teil der Fläche ist schwarz und glänzend, an einzelnen Stellen aber — überall wo Reizung durch Sekretion statthat — besteht Leucoderma und auch Ulceration. Der Charakter der Schleimhaut an Lippe und Zahnfleisch ist ein der äufseren Haut ähnlicher. Die Lippen lassen sich nicht ganz schliefsen; die Nasenöffnungen sind klein, der bewegliche Teil des Septum ist zerstört. Die unteren Augenlider sind ganz, die oberen bis auf einen kleinen Rest zerstört; statt des Auges findet sich eine feuerrote, secernierende, im Niveau der Wange liegende Fläche. Die Thränendrüse ist intakt. — Die Grenzlinie zwischen der gesunden und kranken Haut ist scharf ausgeprägt. Nach warmen Sublimatumschlägen schien die Haut runzelig zu werden. Allgemeinbefinden gut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Myxödem, von M. BUZDUGAN. (*Przegloyd lekarski.* 30. Jahrg. No. 4—7; *Allg. Med. Centralzeitg.* 1893. No. 10.) In beiden Fällen fand Verfasser die charakteristischen Myxödemsymptome: Verunstaltende Schwellung des Gesichts; Verdickung der Haut an den Extremitäten; Vergröfserung der Zunge und der Lymphdrüsen; Gedächtnisschwäche, psychische Depression, Parästhesien; Konjunktivalkatarrh (nach LANDAU und EWALD Folge der Sympathicusreizung); Schilddrüse in einem Fall hart, vergröfsert, im andern atrophisch; Temperatur subnormal. In einem der Fälle besteht bei der 28jährigen Frau schon seit 4 Jahren Amenorrhoe und Atrophie des Uterus. — Im Magen wurde Mucin im Magensaft nachgewiesen; in dem einen Falle war dasselbe $^3/_4$ Stunden nach dem Essen, in dem andern nur bei nüchternem Magen nachweisbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Spontangangrän, demonstriert im Wien. med. Club am 11. Jan. 1893 von SINGER. (*Intern. kl. Rundsch.* 1893. No. 5.) Eine früher gesunde, neuropathisch nicht belastete Patientin bekam August 1892 zum ersten Male tonische Krämpfe in den Händen mit Bewufstseinstörung ohne vorausgehende Aura. Nach einem solchen Anfalle, währenddessen sie mit der linken Hand auf ein Nähpolster gefallen war und

erwachte, hatte sie heftige Schmerzen im linken Unterarm, aus dem ihr dann 3 Nähnadeln nacheinander ausgezogen wurden. An der Stelle, wo die letzte Nähnadel entfernt war, entwickelte sich eine Gangrän. Die Patientin leidet an Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Globus, zeigt links herabgesetzte Sensibilität, sonst nichts Abnormes. — Jedenfalls handelt es sich um eine Spontangangrän auf hysterischer Basis. — Prof. Drasche teilt in der Diskussion zwei Fälle von Gangrän der Fingerspitzen nach Influenza mit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Favus generalisatus, von Legludic. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 748.) Ein 14jähriger Knabe litt seit seinem sechsten Jahre an Favus des ganzen Körpers. Die ganze Haut war mit lichenoiden Wucherungen von verschiedener Gröfse und verschiedener Höhe besetzt. Am Kopfe fanden sich neben zahlreichen Favusherden auch Läuse. *Türkheim-Hamburg.*

Studie über vorzeitige Kahlheit, von Seeger. Wien. Klinik. Dezember 1892. Der Verfasser bespricht nach einer kurzen Beschreibung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Kopfschwarte die Ursachen vorzeitiger Kahlheit ohne sichtbare Erkrankungen der Kopfhaut oder der Haare selbst. Den Umstand, dafs Männer, wie bekannt, häufiger an diesem Übel leiden, erklärt Verfasser durch die verschiedene Art der Kopfbedeckung. Die Kopfbedeckung übt einen argen ringförmigen Druck aus, was die Cirkulation und vielleicht auch die Innervation stört, unterhält eine hohe Temperatur und regt dadurch zur stärkeren Schweifssekretion an. Der nicht verdunstende Schweifs maceriert die Epidermis, regt eine schnellere Abstofsung der Zellen an, eine erhöhte Lebensthätigkeit der Papillen. Die Zellen der Epidermis und auch die Haare, als Abkömmlinge derselben, werden kurzlebiger. In derselben Richtung wirkt das Kurzschneiden der Haare schädigend. — Die geistige Arbeit beschleunigt das Schwinden der Haare vielleicht dadurch, dafs die ihr ergebenen zu wenig sich in frischer Luft bewegen. — Psychische Erregung und Erblichkeit sind als ursächliche Momente anerkannt. — Parasitäre Ursachen hält Verfasser mit Ausnahme der Alopecie nach Favus und Herpes tonsurans für nicht erwiesen und nicht wahrscheinlich. — Prophylaxe ist besonders bei Leuten mit schwächlichen Haaren und Neigung zu Kopfschweifsen zu üben. Das Kurztragen der Haare, der engansitzende Hut sind zu vermeiden. Die Haare müssen so lang getragen werden, dafs jedes unter dem Hutrand noch hervorragt. Starre Bürsten, kratzende Kämme sind zu verbieten, ebenso ist der Gebrauch von viel Fett und Öl zu untersagen, da dadurch die Hautporen verlegt werden. — Therapeutisch ist zu empfehlen: 1. Bürsten mit kleinen weichen Haarbürsten bei trockenem Haare bis zu eintretender leichter Reizung; 2. das fleifsige Verschieben der Haare durch Übung des Musculus frontalis und Musculus occipitalis; 3. Anwendung der Elektricität; 4. Anregung der Musculi arrectores, reflektorisch durch leises Bestreichen der Nacken-Schultergegend am obersten Rande des Schulterblatts bis zur Haargrenze; 5. parasiticide Tinkturen. — Bei dieser Behandlung beginnt Besserung in $^1/_4$—$^1/_2$ Jahre einzutreten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eine neue Behandlungsweise des idiopathischen Haarschwundes, von Morel-Lavallée. (*Journ. des mal cut. et syph.* 1892. S. 529.) Um die Alopecie schneller zur Heilung zu bringen, wendet Morel-Lavallée Skarifikationen der enthaarten Stellen an; dieselben werden zuerst gründlich gereinigt und desinficiert, alsdann werden einige ganz oberflächliche Schnitte angelegt und nunmehr Salbe aufgestrichen, die 12—24 Stunden liegen bleibt. Dieser Eingriff wird nach frühestens fünf, nach längstens acht Tagen wiederholt. Weitere Mafsnahmen sind nicht erforderlich.

Acht Tage nach der zweiten und längstens acht Tage nach der dritten Sitzung

gewahrt man auf der kahlen Stelle bereits zahlreiche Haarzwiebeln und einzelne normalfarbige, gesunde, festsitzende Haare. Das Wachstum der Haare scheint dabei ein centripetales, von der Peripherie zum Centrum fortschreitendes zu sein. — Da man vollkommen aseptisch arbeiten kann, so ist die Gefahr eines Erysipels so gut wie ausgeschlossen. — In einem Fall gelang es M.-L. sogar, eine kahle Stelle, die durch Druck entstanden war, durch seine Behandlungsweise wieder mit Haaren zu versehen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Behandlung der Alopecie, von Paul Raymond. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 794.) Diejenige Alopecie, die in kürzerer oder längerer Zeit zum Ausfall sämtlicher Haare nicht nur des Kopfes, sondern auch der Augenbrauen, der Lidränder, ja des ganzen Körpers führt, ist für R. einstweilen noch kein Gegenstand örtlicher Behandlung. Er befafst sich daher in der vorliegenden Arbeit nur mit dem herdweisen Ausfallen der Kopf- und Barthaare. Er ist sehr geneigt, diese „Pelade en aires" auf einen trophoneurotischen Ursprung zurückzuführen, und teilt einige, diese Auffassung stützenden Erfahrungen mit.

Von einer Behandlung des Haarschwundes verlangt R. dreierlei Leistungen: sie soll erstens ein schnelles Wiederwachsen der ausgefallenen Haare herbeiführen; zweitens den Kranken vor Auto-Infektion und seine Umgebung vor Übertragung schützen; drittens Rückfälle verhindern. Nach diesem Mafsstab kritisiert er nun einige Behandlungsarten des Haarausfalles, nachdem er vorausgeschickt hat, dafs viele Fälle nach einem Bestand von 7—8 Monaten von selber heilen. Es werden die verschiedenen, von Moty (Sublimat-Einspritzungen), Bidet-Vidal (flüssige Vesicantien), Quinquaud (Einreibungen mit Phénol sulforiciné) angewandten Verfahren besprochen, ihre Vorteile und Mängel hervorgehoben und nach kurzer Erwähnung der Busquetschen Behandlung (Einreibungen mit Tinct. Cinnamom.), welcher der Verfasser volle Anerkennung zollt, teilt er sein eigenes Verfahren mit, durch das er, wie Busquet, in längstens zwei Monaten Heilung erzielt und das gleichfalls den Vorzug besitzt, von den Kranken im Hause angewandt werden zu können: Nachdem die Haare kurz geschnitten sind, wird der Kopf zweimal wöchentlich mit einer antiseptischen Seife tüchtig abgeseift und jeden Morgen etwa zwei Minuten lang mit folgender Lösung kräftig eingerieben, wobei die kahlen Stellen besonders berücksichtigt werden:

Hydrarg. bichlor.	0,5
Tinct. Cantharid.	25,0
„Baume de Fioraventi"	50,0
Aq. Coloniens.	150,0

Des Abends werden die kahlen Stellen in der gleichen Weise mit folgender Lösung eingerieben:

Acid. salicyl.	2,0
Naphtol β.	10,0
Acid. acet. cryst.	15,0
Ol. Ricin.	100,0

Zum Einreiben empfiehlt R., sich eines Malerpinsels zu bedienen, da diese die nötige Härte besitzen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Alopecia areata und ihre Behandlung, von L. Butte. (*Annales de la policlinique de Paris.* Juli 1892.) Verfasser neigt dazu, für die Alopecia areata parasitäre Ursachen in erster Reihe anzunehmen; eine Epidemie im Gymnasium von Amiens mit 50 Erkrankungen und eine in einem Regiment zu Amiens mit 120 Erkrankungen führen ihn zu der Ansicht. In letzterem Falle konnte er feststellen, dafs ein gesunder Soldat 14 Tage, nachdem er die Mütze eines an Alopecie Leidenden

in Gebrauch genommen, an demselben Leiden erkrankte. Andererseits nötigen ihn andere Beobachtungen — er sah Alopecie beim Hunde nach Verletzungen des Vagus — auch Fälle trophoneurotischen Ursprungs anzunehmen, und für einzelne Fälle reichen beide Erklärungen nicht hin. — Anatomisch fand er eine perivaskuläre Infiltration an Leukocyten besonders um die unteren Teile der Follikel, Degeneration, Pigmentarmut der Haare. Nach langem Bestehen atrophiert der Follikel, später die Talgdrüse, die Schweifsdrüsen zeigen kolloide Umwandlung. — Die Haare werden trocken, staubig, dünn. Der haarlose Kreis zeigt eine glatte, ungefärbte, eingesunkene Kopfhaut. Alle behaarten Körperstellen können befallen werden. An Varietäten unterscheidet Verfasser:

1. la pelade achromateuse: farblose, runde, atrophische, peripher wachsende Flecke;
2. la pelade decalvante: massenhafter, rapider Ausfall;
3. la pelade pseudo-tondente: ähnlich dem Herpes tonsurans, aber ohne Pilze.

Verfasser giebt die Differentialdiagnose gegenüber: Syphilis, Eccema impetiginosum, Herpes tonsurans, Favus, fleckenförmiger Sklerodermie, Lupus erythematodes, Vitiligo, Folliculitis decalvans.

Die Prognose ist im allgemeinen gut, die Stellen an Schläfe und Hinterhaupt widerstehen am längsten. — Therapeutisch bewährt sich dem Verfasser folgendes Verfahren: Kurzschneiden der Haare, Waschen der kranken und gesunden Stellen (getrennte Tücher!) mit schwarzer Seife oder Panamaholzabkochung, energisches Einreiben von

Hydrarg. bichlor. corros.	1,0
Hydrarg. bijodat.	0,1
Tinct. sapos.	60,0
M. adde.	
Tinct. benzoes.	5,0
Aq. dest. q. s. ad	100,0.

Nach zweimaliger Applikation Epilieren der Haare 1—2 cm in der Umgebung und Applikation von

95% *Alkohol*	12,0
Jodi pur.	0,75
Collod.	35,0
Terebinth.	1,5
Ol. Ricin.	2,0.

Darnach werden die kahlen Stellen morgens und abends mit Ol. cadin., das eventuell bei Reizung der Kopfhaut mit Lanolin. oder Ol. amygd. dulc. zu gleichen Teilen gemischt wird, eingerieben. Alle drei Tage Waschen der gesunden Stellen mit der antiseptischen Lösung, alle zehn Tage Kürzen der Haare. — Dauer der Behandlung mehrere Monate. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Weitere Mitteilungen über eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs im Harne, nebst einigen Bemerkungen über Eiweifsausscheidung bei Gesunden, von Eduard Spiegler. (*Centralbl. f. klin. Medicin.* 1893. No. 3.) Das vom Verfasser früher angegebene Reagens auf Eiweifs, über das in diesem Blatte schon berichtet ist — eine zusammengesetzte Sublimatlösung —, das noch Eiweifs im Verhältnis von 1 : 350000 nachweisen soll, hat er jetzt folgendermafsen modificiert:

Hydrarg. bichlor. corros.	8,0
Acid. tartar.	4,0
Aq. destill.	200,0
Glycerin	20,0.

In dieser Form ist dasselbe haltbarer. — Nur bei Jodgehalt im Urin ist das Reagens wegen der Bildung von Quecksilberjodid unbrauchbar. — Das Mucin wird durch Essigsäure ausgefällt, der zurückbleibende Rest hat keinen Einfluſs auf die Reaktion. — Mit Hilfe dieser Reaktion konnte nachgewiesen werden, daſs Spuren von Eiweiſs sehr oft im Urin bei nervösen Individuen auftreten.

(Die übergroſse Empfindlichkeit der Reaktion ist doch wohl eine Schattenseite, denn man kann doch nicht jede Spur von Albumen als abnorm ansehen.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Lehre von der Chylurie, von WOLFF. (Inaugural-Dissert. Berlin 1892.) Nach eingehender Besprechung der bezüglichen Litteratur giebt Verfasser folgenden Fall wieder: Ein neuropathisch beanlagter Student, der dreimal Gonorrhoe durchgemacht, bemerkte, daſs sein Urin besonders morgens und nach einem Coitus trübe, oft milchig war. Der Harn zeigte oft Gerinnungserscheinungen, die sich bildenden Gerinnsel fielen zu Boden; die Farbe war hell, leicht gelb. Mikroskopisch waren keine Fettkügelchen, sondern nur kleine Körnchen und spärliche Leukocyten nachweisbar. Der Urin konnte nicht klar filtriert werden, enthielt keinen Zucker; Eiweiſs lieſs sich durch Ausschütteln des Urins mit Äther und Zusatz von wenig Natronlauge nachweisen. Der geringe Eiweiſsgehalt, das Fehlen von Fett und Zucker spricht gegen die Zumischung von Lymphe. Die Ätiologie ist dunkel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologische Studie über Cystitis, von A. MORELLE. (*La Cellule.* Tome VII. 2d fascicule.) Aus den Experimenten des Verfassers, welche unter Anwendung aller aseptischen Kautelen vorgenommen wurden, geht in Übereinstimmung mit anderen Autoren hervor, daſs der cystitische Harn eine ganze Menge von Mikroorganismen enthält. In einem gegebenen Falle von Cystitis können nun verschiedene Arten derselben gleichzeitig (selten jedoch mehr wie drei) oder eine allein angetroffen werden. Unter die wichtigsten sind zu zählen (neben dem Tuberkelbacillus): der Staphylococcus und Streptococcus pyogenes und besonders der Bacillus lactis aërogenes (Bacillus pyogenes von ALBARRAN und HALLÉ, Bacterium septicum vesicae von CLADO, Bacillus ureae von ROVSING). Derselbe kommt auch in den Fäces der Säuglinge vor, unterscheidet sich nur wenig vom Bacillus coli communis und zersetzt den Harnstoff nicht, weshalb der Harn saure Reaktion behält. Hunden in die Harnwege injiciert, bewirkt er vorübergehende Störung des Allgemeinbefindens und eitrige Trübung des Harns, wird aber noch im Urin nachgewiesen, nachdem diese Erscheinungen schon längere Zeit verschwunden sind. Mit Wahrscheinlichkeit scheint er die Gasentwickelung im Harne von Diabetikern zu verursachen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Länge der Urethra beim Erwachsenen vom Gesichtspunkte des Katheterismus, von J. A. FORT. (*Revue chirurg. des maladies des voies urinaires.* 15. November 1891.) Durch Messungen an hundert Männern im Alter von 20 bis 60 Jahren fand F. die Harnröhre im Durchschnitt 20 cm lang, durch Zug auf 26 cm ausdehnbar. Die Messung wurde so angestellt, daſs die Entfernung des Orific. extern. urethr. vom Handgriff des Katheters in der Stellung, in der der Urin gerade auszufliefsen beginnt, bestimmt und dann von der Länge des Katheters bis zum Auge abgezogen wurde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vollständige Abwesenheit der Urethra: Operation und Heilung, von C. H. VOORHIES. (*Med. Record.* November 1892. No. 41.) Die Schilderung ist nicht ganz klar: Ein neugeborenes Kind konnte keinen Urin lassen. Der Arzt konstatierte, daſs die Öffnung in dem Penis nach der Blase zu (?) vorhanden war. Diese wurde mittelst des Tenotoms angelegt, worauf dauernde Heilung erfolgte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hindernisse beim Urinieren und Harnverhaltung, von Alexander Peyer. (*Korrespondenzbl. schweiz. Ärzte.* 1891. No. 22—24.) Die häufigste Ursache der Harnverhaltung ist die senile Prostatahypertrophie, die nach Guyon mit einer fibrösen Induration des ganzen Harnsystems einhergeht. Nach Erkältung, Excessen jeder Art, Obstipation kann die Retentio urinae plötzlich eintreten durch Ödem des Blasenausgangs oder Knickung der Harnröhre. Häufiger ist die chronische Urinretention nach Prostatahypertrophie, oft verlaufend unter dem Bilde der sogenannten Blasenschwäche (Inkontinenz). Der unwillkürliche Harnabfluſs bedeutet meistens Harnverhaltung, und zwar einen bedeutenden Grad derselben. Der Harnstrahl fällt bei Prostatahypertrophie schlaff herab, da die Blase keine Propulsionskraft besitzt. — Regelmäſsig katheterisiert soll nach Thompson werden, wenn der Residualharn 100 ccm beträgt. Bekommen wir erst einen vernachlässigten Fall bei einem alten Herrn zur Behandlung, dann beginnen wir mit dem Katheterismus nur bei starken subjektiven Beschwerden.

Bei Urethralstrikturen, als Ursache von Harnverhaltung, wird man in akuten Entzündungen (Gonorrhoe) zum Katheter greifen; kommt man damit nicht zum Ziel, dann ist ein heiſses Bad von 31—35° R., eventuell mit folgender Einpackung und Darreichung von 15—20 Tropfen Opiumtinktur, die auch wiederholt werden kann, am Platze. In gleicher Weise verfährt man, wenn bei organischen Strikturen das Einführen des Katheters nicht gelingt. Im Notfalle führt man die Punktion der Blase aus, die zuweilen dauernd die Blasenfunktionen herstellt. — Ein entzündlicher Verschluſs liegt selten der Harnverhaltung zu Grunde, dagegen häufig ein „Urethralkrampf" (Fürbringer). — Die nervöse Ischurie ist ziemlich häufig, auch reflektorisch. —

Ein chronischer Krampf des Sphinkter hat nach Ultzmann seine Ursache in einer Erkrankung der Pars prostatica. Man erkennt ihn aus der Thatsache, daſs der Katheter nach langem Widerstande plötzlich wie mit einem Ruck in die Blase dringt. Die Therapie erfordert regelmäſsiges Bougieren mit dicken Metallsonden, die man 5—10 Minuten liegen läſst, und unter Umständen Behandlung des Blasenhalses mit Adstringentien. — Parese und Paralyse des Detrusor beobachtet man bei sexuellen Neurasthenikern (oft mit Impotenz), seltener bei Erkrankungen der Nervencentra (Tabes). Atonie des Detrusor tritt als Komplikation anderer Blasenleiden oder Folge von Überausdehnung, unwillkürlichen Zurückhaltens bei Blasensteinen und Fissuren auf. Katheterisieren heilt die Atonie. Ist letztere aber eine Folge chronischer Entzündung des submukösen Gewebes und der Muskelschicht der Blase, wie sie nach Strikturen, veralteten Gonorrhoen sich findet, dann ist die Prognose ernster.

Beim weiblichen Geschlecht kann Dislokation der Blase (Retroflexio uteri, Prolapsus uteri) Harnverhaltung bewirken; dieselbe tritt auch oft auf im Wochenbett und nach Exstirpation abdominaler Tumoren. —

Infolge von Priapismus und häufiger Erektionen kann Ischurie eintreten; die reizausübende Ursache (Phimosis, Balanitis) muſs dann entdeckt und beseitigt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tinctura Rhois radicantis als Mittel gegen Incontinentia urinae, von Saint-Philippe. (*Journ. de méd. de Paris.* No. 48.) Verfasser verwandte eine Tinktur aus 1 Teil getrockneter Blätter auf 5 Teile 60% Alkohol, davon giebt er Kindern von 2—6 Jahren morgens und abends 5 Tropfen, bei älteren bis 40 Tropfen steigend. Nur in 2 Fällen wurde Übelkeit und Erbrechen beobachtet; behandelt wurden 15 Fälle, bei denen andere Mittel keinen Erfolg gehabt hatten. 5 wurden geheilt, 6 gebessert, bei 4 blieb das Mittel ohne Erfolg. Die Wirkung erfolgt schnell,

zeitweise Wiederholung beugt Recidiven vor. Wo in 20 Tagen keine Besserung erzielt ist, rät Verfasser das Mittel einzustellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Katheterismus der Harnröhre, von J. Suemegh. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* 1892. No. 4.) Der Verfasser giebt die bekannten Vorschriften für das Vorgehen beim Katheterisieren und die zu brauchenden Instrumente. Bemerkenswert ist nur der Vorschlag, die Harnröhre vor Einführung des Katheters auszuspülen, um etwa darin enthaltene Infektionskeime zu entfernen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die mit Beihülfe von elektrischen Strömen ausdrückbare Blase, von Theodor Clemens. (*Allgem. med. Centr.-Ztg.* 1893. No. 5.) Schon vor fünfzig Jahren hat Verfasser die grofse Wirkung elektrischer Ströme auf die Blase erprobt und empfiehlt die Verwendung derselben angelegentlichst. Er benutzt starke Induktionsströme und legt einen Pol auf die Blasengegend oder benutzt bei Prostatawiderständen die Mastdarmelektrode resp. die Blasenelektrode, letzteres, wo Gries und Schleimgerinnsel in der Blase vermutet wird. Die Blase verträgt ziemlich starke faradische Ströme. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Entfernung grofser Blasensteine durch die Sectio suprapubica, von Bökel. VI. französ. Chirurg.-Kongrefs, Sitzung den 20. April 1892. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1892. No. 75.) Bökel berichtet über zwei Steine von je 200 g Gewicht, die er bei einem 24jährigen Patienten durch die Sectio alta nach Incision des Peritoneum entfernt hat; es sind wohl die gröfsten, die jemals in der Blase gefunden sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über künstliche Steinbildung, von Tuffier. Société de Chirurgie zu Paris. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1893. No. 5.) Früher hat Verfasser bewiesen, dafs aseptische Fremdkörper niemals Kalkniederschläge auf der Oberfläche bewirken. — Er hat nun versucht, durch künstliche Fütterung Harnsäuresteine zu erzeugen: Rohes Fleisch, Knochenpulver mit oder ohne doppelkohlensaures Natron, Harnsäure und harnsaure Salze gaben negative Erfolge, wogegen er mit Oxamid nach dem Vorgange von Ebstein und Nicolaier Konkretionen in den Harnwegen erzeugen konnte, wobei die Anwesenheit von Mikroorganismen absolut unnötig ist; parasitäre Keime sprechen also dabei nicht mit. Die entstehende Nephritis unterschied sich in manchen Stücken von der arthritischen. — Zur Erzeugung von Oxalatsteinen eignen sich aseptische glatte Körper weniger als septische und rauhe; auch ist die Natur des Fremdkörpers oft wichtig, so bildet sich ein Stein leichter um Seidenfäden als um Katgut. — Bei der durch Oxamid erzeugten Nierenentzündung ist eine Nephrektomie einer Niere gefährlich, da stets der Tod eintritt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über 30 Fälle von Circumcision, von D. Trekaki. (*Bull. gén. de Therap.* 30. Januar 1892.) Verfasser empfiehlt zur Nath der Wunde nach der Circumcision auf das wärmste Seidenraupendarm (crin de Florence); Katgut hat sich ihm nicht bewährt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Abortivbehandlung von noch nicht in Eiterung übergegangenen Bubonen, von L. Letnik. (*La. sem. medic.* 1892. No. 36.) Der Verfasser hat die Methode von Welander (Stockholm) an 140 Kranken nachgeprüft und dieselben günstigen Erfolge erzielt: Heilung in 87—91%. Es wird 0,01 Hydrargyrum benzoicum in wäfsriger Lösung in das Drüsenpacket injiciert, darauf Kompression durch Watte und Bindeneinwickelung. Brennender 8—10 Stunden anhaltender Schmerz entsteht, dazu tritt lokale Entzündung, Temperatursteigerung, Kopfschmerz. Nach 9—10 Tagen ist der Bubo verschwunden, nur selten war eine zweite Injektion nach acht Tagen nötig. Bei

begonnener Eiterung wird die Incision nicht erspart. Das Hydrargyrum benzoicum kann durch andere lösliche Salze (Hydrargyrum bichloratum, bijodatum, bicyanatum) ersetzt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Frage der Restitutionsfähigkeit der Skrotal-, Perineal- und Penishaut, von Wilhelm Brüll. (*Med.-chir. Centralbl.* 1892. No. 22.) Ein 35 Jahre alter Mann geriet in das Rad einer Maschine, wobei ihm die Haut des Penis, des Skrotum, der vorderen Perinealgegend vollkommen weggerissen wurde. Der Penis, die ganz frei daliegenden Testes waren sonst vollkommen unverletzt. Unter Jodoformverband trat vollkommene Heilung ein, Hoden und Penis sind von normaler Haut bedeckt, letzterer grade, durch keine Narben geknickt; „der Friede des Hauses" gerettet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Zur Prophylaxe der Gonorrhoe, von A. Philippson. Vortrag, den 10. Januar 1893 gehalten im Hamburgischen ärztlichen Verein. (*Allg. med. Centralzeit.* 1893. No. 11.) Die zahlreichen Leiden, deren Urheber die Gonokokken sind (1. der Tripper mit der Cystitis, Prostatitis, Epididymitis; 2. die gonorrhoischen Erkrankungen der Frauen mit der Cystitis, Salpingitis, Oophoritis, Perimetritis; 3. die Nephritis, Gelenkaffektionen und die Endokarditis; 4. die Blennorrhoea conjunctiva; 5. die Sterilität der Ehe) geben der Gonorrhoe eine sociale Bedeutung. Alle bisherigen auf die Prostitution gerichteten Maßnahmen haben der Gonorrhoe keinen Abbruch gethan, wie der Vortragende statistisch beweist. Das zeigt, daß die bisherigen Untersuchungsmethoden unzureichend sind. Einen richtigen Weg habe Neisser eingeschlagen durch regelmäßige Untersuchung der Prostituierten auf Gonokokken, deren Größe, deren Neigung zu Häufchenbildung innerhalb der Zellen, deren Entfärbbarkeit nach Gramscher Methode charakteristisch sind. Die Befunde von Neisser beweisen die außerordentliche Verbreitung der Gonorrhoe und den günstigen Einfluß einer entsprechenden Behandlung, da der Procentsatz in 2 Jahren von 40% auf 6% heruntergegangen ist. Übrigens hält Philippson für statistisch verwertbar nur die Zahlen bei den zwangsweise in das Spital übergeführten Prostituierten und den Soldaten. Bei letzteren ist auch der Procentsatz von 1887/88—1890/91 herabgegangen von 6,3% auf 3,3%. — Eine einmalige monatliche Untersuchung des Sekrets und des Epithels der Genitalien der Prostituierten hält der Vortragende für durchaus notwendig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Abortivbehandlung der Gonorrhoe, von v. Wedekind. (*Med. record New York.* Dezember 1892.) Unverdünnte Lösung von Wasserstoffsuperoxyd (10 Vol.%) wird fünfmal und öfter in die Harnröhre injiciert und fünf Minuten in der Harnröhre gelassen; Bettruhe, schmale Kost, Kalium aceticum. — In einigen Tagen tritt Heilung ein. — Wo der charakteristische Ausfluß mehr als 2 Tage schon bestand, versagt die Abortivkur. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Prostatitis blennorrhagica chronica, von Ernst Finger. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 7.) Die chronische Urethritis ist meistens circumskript und äußert sich als Hyperplasie des subepithelialen Bindegewebes. In der Pars posterior stellt sich die chronische Prostatitis nach langwierigen Processen ein. Die Schleimhaut ist aufgelockert, die Pars gallinaginis vergrößert. Harndrang, Abnahme des Wollustgefühls beim Coitus, Schmerz bei der Ejakulation, Steigerung der Libido sexualis im Beginne, Spermatorrhoe, Prostatorrhoe, später reizbare Schwäche zunehmend bis zur Impotenz, sind die Symptome. Vortragender untersuchte 12 Fälle.

Das Prostatasekret war normal oder milchig-dick, in einzelnen Fällen reich an Epithelzellen, in anderen an Eiterzellen.

Am Caput gallinaginis bestand ein chronischer Entzündungsprocess der oberen Schichten des subepithelialen Bindegewebes mit zwei Stadien, einem ersten (kleinzellige Infiltration) und einem zweiten (Bindegewebs- und Schwielenbildung). Im ersten Stadium ist desquamiertes Cylinderepithel, im zweiten nur Plattenepithel vorhanden. In einem Falle fanden sich partielle Schwielen, die Verfasser auf Neurosen zurückführt. Der Entzündungsprocess dringt längs den Ductus ejaculatorii und den Drüsenmündungen in die Tiefe. Erstere sind verengt oder gar obliteriert; in anderen Fällen sind ihre Wandungen verdickt und zeigen dieselben beiden Stadien der Entzündung. Dasselbe spielt sich an den Wandungen der Drüsen ab.

Das Drüsenepithel zeigt Proliferation und Desquamation, oder es kommt zur Eiterung. — Also Entzündung des subepithelialen Bindegewebes des Caput gallinaginis. Veränderung in den Wandungen der Ductus ejaculatorii und Desquamation resp. desquamativeitriger Katarrh machen die chronische Prostatitis aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neue Beiträge zur Pathologie des männlichen Urethraltrippers, von Samuel Róna. (*Magyar orvosi Arch.* 1892. *Internat. klin. Rundschau* 1892. No. 48.) Verfasser stellte sich die Frage, ob der Compressor urethrae das Fortschreiten der akuten Gonorrhoe hindert, und verneint dieselbe. Das Übergreifen auf die pars posterior ist nicht als Komplikation zu betrachten, es tritt früher ein, als es viele Autoren annehmen, oft schon in der ersten bis zweiten Woche. Konstitutionelle Leiden, speciell Syphilis, vorangegangene Behandlung haben keinen erheblichen Einfluſs auf das Entstehen einer Urethritis posterior, wohl aber schwere Arbeit und anstrengende Lebensweise. 90% der Erstinficierten hatten innerhalb der ersten acht Wochen eine Urethritis totalis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinischer Beitrag zur Urethralblennorrhagie, von Prof. Dr. Dind. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 2.) Aus einer Reihe von Beobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schluſsfolgerungen: 1. Die Gonorrhoe ergreift regelmäſsig die Urethra posterior. 2. Diese Urethritis posterior tritt häufig viel früher auf, als man im allgemeinen annimmt. 3. Die Anwendung des Salols in der Behandlung der Gonorrhoe führt zu keinem günstigen Erfolge. 4. Die warmen Irrigationen von Kalium permanganicum (1 : 5000) geben nicht die verheiſsenen glücklichen Resultate. Dies darf nicht überraschen, wenn man den unter 1 angegebenen Satz beachtet.

L. Hoffmann-Berlin.

Über gonorrhoische Myelitis, von Leyden. (*Zeitschrift f. klin. Med.* S. 265 – 266.) Zu den mannigfachen Folgen der Gonorrhoe gesellen sich Nerven- und Rückenmarkskrankheiten: Ischias, multiple Neuritis, Myelitis. Ihr Zustandekommen ist unklar. Letzteres Leiden kann wohl auch durch direkte Fortpflanzung, die erstgenanten können wohl nur durch toxische Einwirkungen bewirkt werden. In dem von Leyden beobachteten Falle war klinisch der Zusammenhang ja sehr wahrscheinlich. Gonokokken wurden nicht gefunden. (Man muſs doch mit der Behauptung, daſs ein Leiden auf die Gonorrhoe zurückzuführen ist, recht vorsichtig sein, wenn auch klinisch die Sache ganz klar zu sein scheint. Einzelne Fälle beweisen absolut nichts; es spielen da gar manchmal wunderbare Zufälligkeiten mit. Im allgemeinen besteht jetzt die Neigung, den Gonokokken alles mögliche in die Schuhe zu schieben; man muſs sich doch in Acht nehmen, denselben nicht Unrecht zu thun. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Ausschlag von verhornten Krusten im Verlauf eines Trippers, von E. Vidal. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 3.) Ein gesunder Mensch von

24 Jahren erkrankte im Februar 1890 an Tripper, nachdem ein früherer Tripper und einige weiche Schanker sehr glatt geheilt waren. Diesmal gesellte sich aber aufser einer Conjunctivitis simplex eine Polyarthritis dazu, die sehr viele Gelenke befiel — Beginn im rechten Knie — und erst im Juli wieder ausheilte. Aufserdem erscheinen aber im April, ebenfalls auf dem rechten Knie zuerst, hornige Krusten, die sich bald über den ganzen Körper ausbreiteten, an den Händen und Füfsen am dichtesten safsen und zum Verlust sämtlicher Nägel führten. Irgend eine Vesikel- oder Blasenbildung ging diesen Krusten nicht vorauf. Sie erreichten eine Gröfse von über 1 cm im Durchmesser und safsen fest auf der Haut. Die bakteriologische Untersuchung war ergebnislos. Heilung des Ausschlages erfolgte erst im Januar 1891.

Im November 1892 zog sich Patient einen neuen Tripper zu, an den sich das eben geschilderte Krankheitsbild: Conjunctivitis, Polyarthritis, Ausschlag, von neuem wieder anschlofs.

Vidal betrachtet auch diesen Ausschlag als eine Folge der gonorrhoischen Infektion des Körpers. *Türkheim-Hamburg.*

Bauchfellentzündung infolge des Harnröhrentrippers des Mannes, von M. v. Zeissl. (*Allgem. Wiener med. Ztg.* 1892.) Wie der Tripper beim Weibe nicht so selten auf das Bauchfell übergreift, kann auch beim Manne das Peritoneum in Mitleidenschaft gezogen werden. Verfasser stellt die bisher bekannt gegebenen derartigen Fälle, welche verhältnismäfsig selten sind, zusammen. Die erste Beobachtung rührt von Hunter her; für die Seltenheit der Erkrankung spricht, dafs z. B. Jullien und Neumann trotz ihres grofsen Krankenmaterials keine derartigen Fälle beobachtet haben. Zeissl selbst hat drei Fälle gesehen. Der erste Patient erkrankte nach 14tägigem Bestande seines Trippers unter peritonitischen Erscheinungen; es bestand rechtsseitiger Kryptorchismus; dieser im Leistenkanal liegende rechte Hode war von einer Epididymitis befallen, welche zu einer circumskripten Peritonitis geführt hatte. Der zweite Patient war seit 5 Wochen krank; es traten plötzlich stürmische peritoneale Erscheinungen nach 6tägigem Bestande einer Epididymitis auf. Der dritte Patient bekam 3 Monate nach Beginn der Gonorrhoe eine Prostatitis, die schon im Zurückgehen begriffen war, als eine linksseitige Epididymitis dazutrat; diese wurde nach drei Tagen durch eine stürmische Peritonitis kompliciert.

In allen drei Fällen gingen die Erscheinungen bei passender Behandlung rasch zurück, während die früheren Beobachtungen eine Reihe von Todesfällen aufwiesen. Zeissl beobachtete in diesen Fällen blutige Pollutionen, und nimmt daher mit französischen Autoren an, dafs die Peritonitis sich im Anschlufs an eine Entzündung der Samenbläschen entwickele. Nach einer anderen Ansicht kommt die Infektion des Peritoneums per vias der Lymphgefäfse zu stande. Endlich nach Hunter greift der Procefs vom entzündeten Samenstrang auf das Peritoneum über.

Anämie, schwächliche Konstitution scheint das Zustandekommen der Tripperperitonitis zu begünstigen. Ob die Gonokokken eine Rolle spielen, läfst sich noch nicht sagen. *F. Hahn-Bremen.*

Beiträge zur Kenntnis der gonorrhoischen Nerven- und Rückenmarkserkrankungen, von Jul. Engel-Reimers. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* 1890.)

1. Gonorrhoische Polyneuritis.

Die sekundäre Polyneuritis im Gegensatz zu der primären verdankt ihre Entstehung wohl toxischen Substanzen, die als Stoffwechselprodukte der die ursprüngliche Erkrankung bedingenden Bakterien anzusehen sind. Zu diesen gehören auch die Gonokokken, von denen ja manche andere innere Erkrankung, die Gelenkentzündungen, die gonorrhoische Iritis und Iridocyclitis, bekanntlich ausgeht.

Zwei Beobachtungen führt Verfasser hierfür an:

1. Ein gesunder Mensch acquiriert eine Gonorrhoe, dieser folgen Cystitis, motorische Lähmung von Beinen und Armen bei erhaltener Sensibilität. Reflexe fehlen, die Muskeln sind spontan und auf Druck schmerzhaft und magern ab, die faradische und galvanische Erregbarkeit sinkt. Während die Motilität sich einzustellen beginnt, werden die Muskeln des Kehlkopfs und des Gesichts ergriffen. Neun Wochen später tritt Heilung ein, nachdem ein Stadium der Ataxie vorausgegangen.

2. Ende des ersten Schwangerschaftsmonats erkrankte eine gonorrhoisch inficierte Person an Parese der Schultern. Die Lähmungen gehen in den nächsten Monaten auf die Vorderarme, später auf die unteren Extremitäten über. Die Muskeln werden spontan und auf Druck schmerzhaft, magern ab; die elektrische Erregbarkeit sinkt. Es wird eine Schmierkur eingeleitet. Es tritt Besserung ein, und 5 Monate nach dem Partus ist die Kranke gesund. Ein leichtes Recidiv nach $1^1/_2$ Jahren schwindet wieder auf eine Schmierkur. — Syphilis war sicher auszuschliefsen.

Verfasser führt dann zwei weitere Fälle aus der französischen Litteratur an, die auch die Existenz der gonorrhoischen Polyneuritis beweisen.

Nicht selten ist die isolierte Neuritis gonorrhoica, die den Ischiadicus, Cruralis und Obturatorius ergreift oder auch diese Nerven nacheinander ergreifen kann, wie ein angeführter Fall beweist.

Verfasser erwähnt dann noch eine Neuritis der Nervenwurzeln als Folge gonorrhoischer Wirbelgelenkentzündung.

2. Die gonorrhoische Spinalmeningitis.

Das Vorkommen einer auf dem Sakralteil beschränkten oder diffus ausgebreiteten Spinalmeningitis ist schon 1866 von Pidoux und Ricord mitgeteilt worden. Einwandfreie Fälle existieren aber nur zwei, die Verfasser berichtet, von Peter und von Hayem und Parmentier. Einen dritten schweren hat er selbst beobachtet: Ein 18jähriger Kutscher acquirierte eine Gonorrhoe. Nach drei Wochen, während die Gonorrhoe noch unverändert fortbestand, erkrankte er mit Schüttelfrost, Kopf- und Kreuzschmerzen, Erbrechen, hohem Fieber. Als er zwei Tage später in das Krankenhaus kam, bestand leichte Apathie — aber er antwortete klar —, Opisthotonus, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule. Später gesellten sich Delirien, Herpes labiales, Erytheme, allgemeine Hyperästhesie hinzu. Milzvergröfserung ist auszuschliefsen, die Sehnenreflexe sind gesteigert. Zuerst lassen Kopfschmerz und Nackenstarre nach, während die spinalen Symptome länger bestehen und erst mit der Besserung der Gonorrhoe schwinden. — Spricht der fehlende Milztumor gegen eine epidemische Cerebrospinalmeningitis, so ist der Parallelismus zwischen dem Verlaufe der entzündlichen Affektion des Nervensystems und der Gonorrhoe in diesem wie in allen anderen Fällen charakteristisch für den kausalen Zusammenhang.

Als Gelegenheitsursache für das Zustandekommen solcher Komplikationen will Verfasser die Erkältung verantwortlich machen, die in allen drei Fällen nachweisbar war; zwei Patienten waren Kutscher, einer ein im zugigen Schuppen arbeitender Tischler. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 2. 15. Juli 1893.

Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen.

Von

Dr. med. et phil. Arnold Sack
in Heidelberg.

A. Allgemeiner Teil.

Einleitung.

Zur Zeit meiner Thätigkeit als Volontärassistent in der Klinik des Herrn Dr. Unna in Hamburg wurde ich auf verschiedene Fragen hingelenkt, die sämtlich ihrer Erforschung noch harren: ich meine das grofse Problem der Blutungen und ihrer Entstehung im menschlichen Körper, mit besonderer Berücksichtigung des Hautorgans. Man müfste von vornherein annehmen, dafs sich nirgends die pathologischen Bedingungen für die Entstehung von Hämorrhagien besser ergründen lassen sollten, als gerade in der Haut, weil erstens die Haut in ihrer ganzen Ausdehnung, wie die Klinik es zeigt, für das Zustandekommen von circumskripten Blutungen in das Gewebe ein besonders günstiger Boden ist (verlaufen ja die meisten hämorrhagischen Krankheiten fast nie ohne Beteiligung der Hautdecke, in einer grofsen Reihe von Fällen sogar mit ausschliefslicher Inanspruchnahme derselben), und weil zweitens das pathologisch-anatomische Studium der dabei in Betracht kommenden Vorgänge vermöge ihrer oberflächlichen, ja aufdringlichen, weil in die Augen springenden Lokalisation sich gewissermafsen von selbst ergeben müfste. Dieses einfache Raisonnement büfst aber viel von seiner Einfachheit ein, sobald man die Rolle, welche die Haut bei den Blutungskrankheiten spielt, in Einklang mit den anatomischen Einrichtungen dieses Organs zu bringen sucht. Da tritt uns schon bei dem ersten Versuch, die gerade in der Haut so häufig auftretenden Blutungen aus der Anatomie der Haut abzuleiten und zu erklären, die paradoxe Erscheinung in den Weg, dafs ein so straffes Gewebe — von den Weichteilen des Körpers wohl das straffste — wie die Haut in einem so hervorragenden Mafse, wie die klinische Beobachtung es jeden Tag lehrt, zur Erzeugung von Blutextravasaten disponiert sein soll. Ist es denn auch nicht merkwürdig,

nicht auffallend? Wenn uns von pathologischen Anatomen gesagt wird, dafs die Gehirnsubstanz dem Eindringen von Blut aus den Gehirngefäfsen besonders häufig ausgesetzt sei, so leuchtet uns diese Thatsache von selbst ein, da kein anderes Gewebe weicher, also weniger widerstandsfähig gegen allerlei Schädigungen der Blutgefäfse und ihrer Umgebung sein dürfte, als eben die Gehirnsubstanz. Wie wesentlich anders verhält es sich aber mit der Lederstruktur der Haut, dieses festen, elastischen Fasergespinnstes, beinahe ausschliefslich aus straffer Intercellularsubstanz bestehend. Mufs man da nicht sagen, dafs die überwiegende, mitunter ausschliefsliche (Purpura simplex) Beteiligung der Haut bei allen hämorrhagischen Processen dem Verständnis zunächst gewaltige Schwierigkeiten bereitet? Es ist ja klar, dafs die anatomischen, also auch die pathologischen Bedingungen in einem Organ wie die Haut für das Zustandekommen von Extravasaten am wenigsten günstig sein müfsten, und dafs allenfalls übereilte, von den weicheren Geweben auf die Haut übertragene Analogieschlüsse hier nicht gestattet sind. Früher verfuhr man aber stets so, dafs man entweder die bei inneren parenchymreichen Organen gemachten Beobachtungen ohne weiteres, d. h. ohne selbständige Untersuchung ähnlicher Hautphänomene, auf die Haut übertrug und damit der Anatomie der Haut Gewalt anthat oder, um eben diesem kritiklosen Vorgehen entgegenzusteuern, an der Hand noch ungenügender Hautuntersuchungen die Bedingungen für die Entstehung pathologischer Hauterscheinungen aus oben hervorgehobenen anatomischen Eigenheiten der Organes zu deducieren suchte. Der eine wie der andere Weg sind speciell in Rücksicht auf die Blutung unfruchtbar gewesen — und so weifs man bis heute noch nicht recht, wie eigentlich die Blutungen in der Haut entstehen. Der einzig richtige Weg ist der analytisch-induktive, auf welchem man zur Wahrheit gelangt, indem man Fall für Fall, Krankheit für Krankheit auf die in der Haut lokalisierten Erscheinungen hin untersucht, um erst dann auf Grund vollständigen Materials alle einzelnen, mitunter auch widerspruchsvollen Befunde miteinander sowie mit anatomischen Bedingungen ihres „Milieu" nach Möglichkeit in Einklang zu bringen; dieser Weg ist wohl der fruchtbarste, aber auch der mühsamste Weg. Speciell in Bezug auf Blutungen scheint dieser Weg am meisten zu versprechen, weil, wie ich gleich eingangs schon betont habe, die Zugänglichkeit der Haut für die klinische sowie unmittelbare anatomische Untersuchung dieses Organ in besonders bevorzugtem Lichte erscheinen läfst. Es wäre sogar nicht ausgeschlossen, dafs wir an der Hand der Hautblutungen allgemeine Schlufsfolgerungen gewinnen könnten, die uns das ganze Kapitel der Blutungen in viel helleres Licht gebracht haben würden, wenn der Schlufs a fortiori überhaupt überzeugend ist. Denn das, was wir in der Haut, diesem kompaktesten aller Weichteile, gesehen haben, können wir mit gröfster

JUN 5 1897

Wahrscheinlichkeit auch für die weniger konsistenten Gewebe, soweit es sich wenigstens um die Mechanik der Blutung handelt, gelten lassen. Umgekehrt aber nicht!

Diesen langwierigen und mühsamen Weg habe ich mir für diese Arbeit gewählt. Die Schwierigkeiten, die sich dabei herausgestellt haben, mufs ich selbstredend mit in den Kauf nehmen. Ich täusche mich nicht darüber, dafs ich nur am Anfang dieses langen Weges bin, und dafs das Wenige, was mir bis heute gelungen ist, zur Lösung der gestellten Aufgabe über die Entstehungsbedingungen und über die ganze Mechanik der Hautblutungen zusammenzutragen, bei weitem noch nicht genügt, um zur Klarheit in diesen dunklen Fragen zu kommen. Um so mehr reizt mich aber die mir noch bevorstehende Aufgabe zu weiteren Forschungen auf diesem Gebiete, — sind doch die schon zu Tage geförderten, wenn auch noch spärlichen Befunde wichtig und interessant genug, um auf einstige Lösung des Problems der Blutungen bestimmt hoffen zu dürfen.

Was sich in der Litteratur in Bezug auf hämorrhagische Zustände alles vorfindet, nimmt zum gröfsten Teil, wie es sich wohl von selbst versteht, auf die klinische Seite dieser Frage Rücksicht. Vollends gilt dies für die Arbeiten aus dem vorigen Jahrhundert und aus der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts. Etwas gröfsere Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse finden wir schon in pathologisch-anatomischen Handbüchern und in Monographien und Specialabhandlungen aus den 50er bis 70er Jahren, während in den neueren Schriften auch die ätiologische Forschung, im Sinne der Bakterieninfektion, in diesen Fragen sich geltend macht. Im grofsen und ganzen aber mufs man sich doch gestehen, dafs irgendwie sichere Resultate weder in Bezug auf Histologie noch in Bezug auf Ätiologie dieser Zustände bis heute gefördert worden sind. Nur von den in der allerletzten Zeit entstandenen, speciell bakteriologischen Arbeiten, die sich mit der Frage der Purpura-Krankheiten befassen, läfst sich das Gegenteil behaupten. Diese vom Geiste der Kochschen Schule getragenen, ernsten und umfassenden Untersuchungen heben sich vorteilhaft ab von manchen anderen flüchtigen und nicht immer der Kritik standhaltenden Beobachtungen, die nur selten übereinstimmende, meistens nur kontradiktorische Befunde bringen. Auf diesem Gebiete aber, wie auf jedem anderen wissenschaftlichen Gebiete thut Kritik not, und mufs das Zufällige sorgfältig vom Essentiellen getrennt werden, hier vielleicht noch mehr als anderswo, und zwar aus einem sehr einfachen Grunde.

Das grofse Heer der mit Blutungen einhergehenden Krankheiten ist eine so bunte Gesellschaft von pathologischen Typen, dafs trotz der mitunter auffälligen Ähnlichkeit der Symptome von einer einheitlichen Auffassung dieser Typen nicht die Rede sein kann. Zunächst leuchtet es

jedem ein, dafs wenn auch die Mechanik dieselbe sein mag, die Ursachen der Entstehung von Blutungen bei essentiellen oder idiopathischen oder primären hämorrhagischen Affektionen doch nicht dieselben sein können, wie bei accidentellen, symptomatischen oder sekundären Blutungsphänomenen. Die Ätiologie des skorbutischen hämorrhagischen Herdes kann unmöglich die eines typhösen sein. Ebensowenig können die Petechien der Purpura hämorrhagica dieselbe Geschichte und Genese haben wie die Ecchymosen bei Pneumonie. Wie klinisch, so auch ätiologisch müssen also essentielle Blutungen von symptomatischen streng geschieden werden. Aber auch innerhalb der engeren Grenzen der essentiellen hämorrhagischen Krankheiten mufs zu weiterer Trennung geschritten werden.

So wird man, wenn man mit SCHWIMMER[1] und IMMERMANN[2] alle Unterarten der Purpura (wie rheumatische, gastrointestinale u. a.) nicht als besondere Species, sondern nur als verschiedene klinische Äufserungen eines Morbus maculosus gelten lassen will, jedenfalls zwischen Morbus maculosus und Skorbut noch unterscheiden müssen, als zwischen zwei Hauptrepräsentanten der „hämorrhagischen Diathese". Folgerichtig, und das scheint sich doch unabweislich aus dem gesamten klinischen Bilde beider Krankheitstypen zu ergeben, wird man da auch an zweierlei Entstehungsursachen — und vielleicht auch Mechanismen — der Blutungserscheinungen bei beiderlei Krankheiten denken müssen.[3] Nehmen wir dagegen, mit anderen Autoren, nicht zwei, sondern mehrere hämorrhagische Krankheitstypen an, so tritt die Notwendigkeit ein, entsprechend jedem einzelnen supponierten Krankheitsvirus auch eine ganz bestimmte Genese der Blutaustritte bei jeder Krankheitsgruppe anzunehmen, wenn auch die Mechanik des Blutungsvorganges selbst nicht jedesmal eine besondere zu sein braucht. Existiert wirklich eine Purpura nervosa, wie einzelne Beobachter ganz bestimmt behaupten und es durch ihre klinischen Studien zu erhärten suchen (vergl. FAISANS, Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myelopathique, *Thèse du Doctorat.* 1882, MACKENZIE, On the nature of Purpura, *Brit. med. Journ.* Sept. 1873), so kann der physiopathologische Procefs, der schliefslich zu Blutungen führt und der in

[1] *Ziemssens Handb. d. sp. Path. u. Therap.* Bd. XIV. Heft 1. pag. 320.

[2] Ibid. Bd. XIII. pag. 741.

[3] LASÈGUE, Etude rétrospective de la maladie de WERLHOF. *Arch. générales de médecine.* 1877. V. I. pag. 96., gestützt auf eigene Erfahrungen (LASÈGUE et LEGROUX, L'épidémie et Scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la pitié. *Arch. génér. de méd.* 1871), sowie auf Beobachtungen von CIPRIANI, *Studi ed osservazioni intorno di malattie, accolti nella clinica medica di Firenze.* per il Dr. LEOPARDI. 1875., sucht auch diese unüberbrückbare Kluft zwischen Skorbut und Morbus maculosus zu tilgen, indem er im ersteren epidemische, im letzteren nur sporadische Purpura erblickt. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt unter deutschen Autoren auch W. KOCH ein (Die Bluterkrankheit in ihren Varianten, in *Deutsche Chirurgie.* Lief. 12.)

erster Linie das vasomotorische Centrum treffen müfste, schwerlich identisch sein mit den Veränderungen des Organismus, welche, wie bei gastrointestinalen Formen, vom Darmtraktus ausgehend, schliefslich auch kutane Blutaustritte bedingen. In diesem oder ähnlichem Gegensatz müfsten aber auch andere Varietäten der hämorrhagischen Diathese zu einander stehen, wollten wir nur konsequent vorgehen und für jede klinisch abgegrenzte Form auch ein bestimmtes ätiologisches Moment voraussetzen. Denn eine klinische Differenzierung bekommt erst dann ihren vollen Wert, wenn man mit jeder bestimmten Form auch den Begriff einer bestimmten ätiologischen Modalität verbindet. Sonst thut man besser, wie IMMERMANN es gethan hat, lieber gar keine Species aufzustellen und die klinischen Bilder, wie heterogen sie mitunter auch zu sein scheinen, unter einen Hut zu bringen. IMMERMANN fällt den hoffnungslosen Spruch, dafs „ein Fall von transitorischer hämorrhagischer Diathese um so sicherer der Krankheitsspecies des Morbus maculosus angehört, je weniger positives sich über dessen Ätiologie sagen lässt.“[4] Eben diese vollständige Unkenntnis der ätiologischen Momente, sowie die Wandelbarkeit der klinischen Typen scheinen den vorzüglichen Kliniker bestimmt zu haben, auf eine schärfere Differenzierung der Krankheitstypen zu verzichten. Will man aber seinem allzu generellen Schema nicht folgen, glaubt man berechtigt zu sein, eine Reihe von gesonderten und wohlcharakterisierten Zuständen aufzustellen, die nicht durch einheitliche Ursachen oder gleiche Bedingungskomplexe erzeugt worden sind, so ist man gezwungen, an Stelle eines ätiologischen x eine Anzahl von x zu setzen. Das ist doch ein unabweisliches logisches Postulat. Wir sehen übrigens dieses von der Klinik geforderte Postulat zum Teil auch schon erfüllt, indem wenigstens für einige Arten von Purpura auch die supponierten Krankheitserreger wirklich gefunden worden sind, wie dies die vorzügliche Arbeit von KOLB,[5] auf welche ich noch zurückkommen werde, z. B. beweist. Wenn in dieser Art weitergearbeitet wird, so wird der Ausspruch IMMERMANNS nicht lange mehr seine Gültigkeit behalten.

Werfen wir nun aber den Blick auf die proteusartigen hämorrhagischen Formen, die nur im Anschlufs an andere krankhafte Zustände des Organismus entstehen und sich zu jenen wie sekundäre oder konsekutive oder komplicierende Vorgänge zu primären, ursprünglichen und essentiellen Krankheiten verhalten, so ergiebt sich a priori für diese verschiedenen symptomatischen (im Gegensatz zu den idiopatischen) Blutungen auch verschiedene Ätiologie.

Nicht nur akute Krankheiten, wie Pneumonie, Endocarditis, Peri-

[4] *Ziemssens Handb. d. sp. Path. u. Therap.* Bd. XIII. pag. 749.

[5] M. KOLB, Zur Ätiologie der idiopathischen Blutfleckenkrankheit. *Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte.* 1891. Bd. VII. 1. Hälfte. S. 60.

carditis, Peritonitis, Typhus, ja Influenza, sind im stande, Ecchymosierungen der äufseren Körperbedeckung herbeizuführen. Dieselben treten zum mindesten ebenso häufig auf auch bei chronischen Nutritionsstörungen und Konstitutionsanomalien, sowie Organerkrankungen und neoplastischen Kachexien. Die Blutaustritte, die im Verlaufe von Leukämie, essentieller Anämie, Marasmus, Carcinomkachexie, Tuberkulose, Morbus Brightii, Vitia cordis das klinische Bild zu gewissen Zeiten beherrschen, seien hier nur angeführt. Ihnen lassen sich Intoxikationsblutungen nach längerem Gebrauch von einzelnen chemisch differenten Medikamenten oder Giften anreihen. An eine einheitliche Ursache dieser klinisch ziemlich ähnlichen, ätiologisch aber weit voneinander entfernten Extravasationen kann doch vernünftigerweise nicht gedacht werden. Den weiteren Forschungen auf diesem nur sehr wenig erschlossenen Gebiete ist es vorbehalten, den Zusammenhang zwischen dem Grundleiden und dem eigentümlichen Phänomen der Extravasation aufzudecken. Einiges ist auch heute schon erkannt worden, das Meiste bewegt sich aber noch auf dem Gebiete der willkürlichen Hypothesen. Es ist namentlich bei diesen sekundären Hämorrhagien ungemein schwierig, das Wesentliche vom Zufälligen auseinanderzuhalten, und wenn es bei idiopathischer hämorhagischer Diathese gar nicht leicht ist, die Quelle und das primum movens der multiplen Blutungen zu ergründen, so verwischt sich hier die Ätiologie derselben noch mehr.

Viel weniger kompliciert als das Problem der Ätiologie scheint dagegen das Problem der Mechanik der Hautblutungen zu sein. Dieses letztere kann in nur wenige Fragen zerlegt werden, und ihre Beantwortung — sollte man meinen — mufs sich aus dem anatomischen Studium möglichst vieler Einzelfälle unmittelbar ergeben. Bei näherer Betrachtung aber erkennt man, dafs auch über das Wie? der Hautblutungen nicht wesentlich mehr bekannt ist, als über das Woher? Unzweideutige Befunde, die zum Ausgangspunkt einer mehr oder weniger einheitlichen Auffassung der Mechanik der Hauthämorrhagien werden könnten, giebt es eben nicht. Deswegen sieht sich jeder Pathologe, der vor die Frage gestellt wird, wie solche Blutungen entstehen, in erster Linie auf Deduktionen angewiesen. Im speciellen Teil unten werde ich dies an der Hand einzelner Beispiele zeigen.

Indem ich nun auf die Besprechung der Specialfragen eingehe, beginne ich mit dem einfacheren Teil unserer Aufgabe, mit der Frage nach der Mechanik und Genese der Hautextravasate, also mit der rein anatomischen Frage. Ich will zunächst darthun, was in Bezug auf die Histologie der Hautblutungen von Pathologen und von Dermatologen zu Tage gefördert worden ist.

Da drängt sich uns in erster Linie die grundlegende Frage auf:

entstehen die Blutextravasate in der Haut durch Zerreifsungen der Gefäfshäute oder durch diapedetische Auswanderung der Blutelemente durch die Gefäfswand hindurch?

Rhexis oder Diapedesis?

Die Geschichte dieser Frage hängt mit den Wandlungen der allgemeinen pathologischen Gesichtspunkte innig zusammen. Es offenbart sich in der Art, wie man sich zu verschiedenen Zeiten den Vorgang der Blutung in der Haut vorstellte, der direkte Einfluſs der zur Zeit vorherrschenden pathologischen Auffassung, bis STRICKER[6] und nach ihm COHNHEIM[7] und ARNOLD[8] Beweise für die Möglichkeit einer Filtration fester Blutelemente durch die unverletzte Gefäfswand beigebracht haben; solange man also die Tragweite der Diapedese für die entzündlichen und nicht entzündlichen Gewebsalterationen noch nicht kannte, behandelte man das Problem der Blutungen von einem rein mechanischen Gesichtspunkte aus. VIRCHOW[9], der ganz und gar mit der alten Vorstellung von der Homogenität der Kapillarwandung brach, leitete jede Blutung von einer Kontinuitätstrennung der Gefäfswandung ab. „Solutio continui" war nach seiner mechanischen Auffassung der einzig mögliche Vorgang bei der Extravasation. Die „sogenannte Diapedese" konnte er im Einklang mit dieser Auffassung nur so deuten, „dafs hier meistens keine bleibenden, sondern nur vorübergehende Kontinuitätsstörungen auftreten. Nach VIRCHOW „konnte also der Unterschied zwischen der Diapedese und den anderen Formen des (Blut-)Austritts kein prinzipieller, sondern nur ein gradueller sein". Diese zum mindesten jeden Vorwurfs der Inkonsequenz entbehrende Auffassung VIRCHOWs, nach welcher die „Hämorrhagie" nichts anderes bedeutet als etwas, was nur durch Rifs (Rhexis, Rhagie) der Gefäfsmembran entstehen kann, hat sich unter bedeutenden pathologischen Anatomen der Gegenwart noch sehr warme Freunde zu erhalten gewufst. RECKLINGHAUSEN[10] tritt ein für die Rehabilitierung der „Hämorrhagia per rhexin", welche durch die Arbeiten der COHNHEIMschen Schule völlig in den Hintergrund gedrängt worden ist. Schon aus der Definition der Blutung ist sein Standpunkt zu erkennen. Die Bezeichnung der Hämorrhagie, sagt er[11], setzt eigentlich voraus, dafs die „Gefäfswandung gerissen, verletzt ist, wird aber, obwohl dieser Wandbruch keineswegs regelmäfsig nachzuweisen ist, doch mit dem Ausdruck

---

[6] *Sitzungsberichte d. Wiener Akademie.* Jahrg. 1865 u. 1866.
[7] *Virchows Archiv.* Bd. 41. pag. 220. Bd. 45. pag. 333.
[8] *Virchows Archiv.* Bd. 58. pag. 203.
[9] *Handb. d. spec. Path. u. Ther.* B. Allgemeine Störungen der Ernährung und des Blutes. 1854. Kapitel Blutung. S. 226—263.
[10] Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung. In *Deutsche Chirurgie.* Lief. 2 u. 3. 1883.
[11] Ibid. pag. 77.

Blutung synonym gebraucht". Und weiter auf die Beobachtung von KÖLLIKER[12] hinweisend, hebt er hervor,[13] dafs „mikroskopische Beobachtung gelehrt hat, dafs auch bei Kapillarblutungen Rhexis vertreten ist," wenn es auch „nicht gelungen ist, hinterher einen persistierenden Rifs, das Loch innerhalb der Gefäfswandung zu sehen. Auch bei den kapillaren Blutungen in menschlichen Geweben ist man bis jetzt nicht in der Lage gewesen, die Öffnung aufzufinden, durch welche die Blutkörperchen ausgetreten waren". Sollten das aber nur diapedetische Blutungen sein, führt RECKLINGHAUSEN weiter aus, so müfste man bei mikroskopischer Untersuchung frischer Ecchymosen diese Diapedese sehen, was bis heute nicht gelungen ist. Aus diesem Grunde trägt RECKLINGHAUSEN „Bedenken, die Diapedese als den einzigen Modus hinzustellen, nach welchem die kleinen Blutungen erfolgen".[14] Was nun die typischen Blutungskrankheiten anbelangt, so scheinen die Blutungen wohl durch Rhexis und nicht durch Diapedesis zu erfolgen.[15]

Aus diesen Zeilen tritt RECKLINGHAUSENS Standpunkt in der Frage mit Deutlichkeit hervor. Er macht wohl, im Gegensatz zu VIRCHOW einen prinzipiellen Unterschied zwischen Rhexis und Diapedese, ist aber nicht im stande, sich dem generalisierenden Schema der COHNHEIMschen Schule anzuschliefsen.

STRICKER[16] stellte seine ersten Untersuchungen über Diapedese am Froschlarvenschwanz an. Durch Steigerung des Blutdruckes, durch künstliche Stauung ist es ihm gelungen, die roten Blutkörperchen zum Durchtritt durch die lebende Gefäfsmembran zu zwingen. Sein Schüler PRUSSAK[17] erreichte dasselbe durch Einspritzung von starken (10%) Kochsalzlösungen in die Lymphsäcke des Frosches. Auf diese Injektionen hin beobachtete er Diapedese der roten Blutkörperchen in der Schwimmhaut. So sicher die Beobachtungen von STRICKER dastehen, so wenig einwandsfrei ist der PRUSSAKsche Versuch. Er konnte wenigstens von einem so gewichtigen Kenner des diapedetischen Vorganges wie COHNHEIM[18] nicht bestätigt werden. Wenn aber der Zusammenhang zwischen Kochsalzvergiftung und reichlicher Diapedese beim Frosche nicht als erwiesen gelten kann, so ist er noch weniger bewiesen durch ein anderes Experiment von PRUSSAK am Kaninchen, wo nach chronischer Vergiftung mit 25% Kochsalzlösung sich bei der Sektion des Versuchstieres Blutextravasate in verschiedenen

---

[12] *Annales des sciences naturelles.* 1846.
[13] l. c. pag. 78.
[14] pag. 79.
[15] pag. 80.
[16] l. c.
[17] Über künstlich erzeugte Blutung per diapedesin. *Sitzungsberichte d. Wiener Akad.* Bd. 56. Abth. II. pag. 13—23. 1867.
[18] Vgl. PERLS-NEELSEN, *Allgem. Pathologie.* 1886. pag. 36.

Organen ergeben haben.[19] Da wurde auch nicht daraufhin untersucht, was für Blutungen es waren. Es braucht hier nicht besonders hervorgehoben zu werden, dafs auch die praktischen Konsequenzen in Bezug auf die Ätiologie der skorbutischen Blutungen, wie PRUSSAK sie aus seiner Beobachtung ziehen wollte, nicht berechtigt sind.

Dagegen sind die Versuche von COHNHEIM für die Lehre von der Diapedese der roten Blutkörperchen grundlegend gewesen. Mit der diesem Forscher eigenen Klarheit in der Fragestellung, Genauigkeit in der Beobachtung und Präcision in den Schlufsfolgerungen hat er nicht nur die vorherrschende Bedeutung dargethan, welche die Durchsickerung geformter Blutelemente durch die Gefäfswand für die ganze Entzündung hat, sondern auch die Wichtigkeit des Durchtrittes speciell roter Blutkörperchen für die Bildung des hämorrhagischen Infarktes, sowie die Rolle, welche dieser Vorgang bei der venösen Stauung spielt, beleuchtet. — Somit war also scheinbar ein Schlüssel zum Verständnis einer grofsen Reihe von Blutungsphänomenen gegeben. Zwar verhehlte sich COHNHEIM selbst nicht die Schwierigkeiten, welche sich trotzdem in der Beurteilung der Genese verschiedener Blutungen einem unvoreingenommenen Forscher entgegenstellen. In seinen Vorlesungen spricht er sich sehr vorsichtig aus darüber, welche Blutungen der Diapedesis, welche der Rhexis zuzuschreiben seien. Dafür fehlen ihm die anatomischen Kriterien, um in jedem Einzelfall entscheiden zu können, ob eine Blutung per rhexin oder per diapedesin vorliegt. Mit dieser Entscheidung erst könnte die richtige Fragestellung gegeben werden.[20] Und dennoch gewinnt man den Eindruck, dafs COHNHEIM trotz des Mangels an entscheidenden Kriterien sich einen grofsen Teil der hämorrhagischen Erscheinungen mit Ausnahme derjenigen, wo die Vorstellung von der Brüchigkeit oder Zerreifslichkeit der Gefäfse sich dem Verstande unabweislich aufdrängt, wie bei Aneurysmen, Varicen, Degenerationen etc., auf Diapedese zurückführen möchte. Allerdings sind es gerade diejenigen Blutungen, die uns am meisten interessieren, wie die infektiösen und auch die idiopathischen, welche COHNHEIM zunächst mit einem grofsen Fragezeichen versieht. Jedenfalls mifst er den kleineren Gefäfsen, speciell den Kapillaren, die Eigenschaft bei, durch zur Zeit noch unbekannte Momente, wie Änderung der Zusammensetzung des Blutes und Mangel an funktionsfähigen roten Blutkörperchen, oder durch mikroskopisch nachweisbare Bakterienhaufen, durchlässiger, poröser zu werden und dadurch Veranlassung zu diapedetischen Blutungen zu geben, denen sich infolge derselben Ursachen auch Blutungen kleiner Gefäfse hinzugesellen können. Freilich sind alle Ausführungen COHNHEIMS nicht auf die Haut zugespitzt und können, wie ich in der Einleitung schon hervorgehoben habe, nicht ohne

[19] l. c. pag. 21.
[20] *Vorlesungen über allg. Pathologie.* 1882. pag. 382.

Zwei Beobachtungen führt Verfasser hierfür an:

1. Ein gesunder Mensch acquiriert eine Gonorrhoe, dieser folgen Cystitis, motorische Lähmung von Beinen und Armen bei erhaltener Sensibilität. Reflexe fehlen, die Muskeln sind spontan und auf Druck schmerzhaft und magern ab, die faradische und galvanische Erregbarkeit sinkt. Während die Motilität sich einzustellen beginnt, werden die Muskeln des Kehlkopfs und des Gesichts ergriffen. Neun Wochen später tritt Heilung ein, nachdem ein Stadium der Ataxie vorausgegangen.

2. Ende des ersten Schwangerschaftsmonats erkrankte eine gonorrhoisch inficierte Person an Parese der Schultern. Die Lähmungen gehen in den nächsten Monaten auf die Vorderarme, später auf die unteren Extremitäten über. Die Muskeln werden spontan und auf Druck schmerzhaft, magern ab; die elektrische Erregbarkeit sinkt. Es wird eine Schmierkur eingeleitet. Es tritt Besserung ein, und 5 Monate nach dem Partus ist die Kranke gesund. Ein leichtes Recidiv nach $1^1/_2$ Jahren schwindet wieder auf eine Schmierkur. — Syphilis war sicher auszuschliefsen.

Verfasser führt dann zwei weitere Fälle aus der französischen Litteratur an, die auch die Existenz der gonorrhoischen Polyneuritis beweisen.

Nicht selten ist die isolierte Neuritis gonorrhoica, die den Ischiadicus, Cruralis und Obturatorius ergreift oder auch diese Nerven nacheinander ergreifen kann, wie ein angeführter Fall beweist.

Verfasser erwähnt dann noch eine Neuritis der Nervenwurzeln als Folge gonorrhoischer Wirbelgelenkentzündung.

2. Die gonorrhoische Spinalmeningitis.

Das Vorkommen einer auf dem Sakralteil beschränkten oder diffus ausgebreiteten Spinalmeningitis ist schon 1866 von Pidoux und Ricord mitgeteilt worden. Einwandfreie Fälle existieren aber nur zwei, die Verfasser berichtet, von Peter und von Hayem und Parmentier. Einen dritten schweren hat er selbst beobachtet: Ein 18jähriger Kutscher acquirierte eine Gonorrhoe. Nach drei Wochen, während die Gonorrhoe noch unverändert fortbestand, erkrankte er mit Schüttelfrost, Kopf- und Kreuzschmerzen, Erbrechen, hohem Fieber. Als er zwei Tage später in das Krankenhaus kam, bestand leichte Apathie — aber er antwortete klar —, Opisthotonus, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule. Später gesellten sich Delirien, Herpes labiales, Erytheme, allgemeine Hyperästhesie hinzu. Milzvergröfserung ist auszuschliefsen, die Sehnenreflexe sind gesteigert. Zuerst lassen Kopfschmerz und Nackenstarre nach, während die spinalen Symptome länger bestehen und erst mit der Besserung der Gonorrhoe schwinden. — Spricht der fehlende Milztumor gegen eine epidemische Cerebrospinalmeningitis, so ist der Parallelismus zwischen dem Verlaufe der entzündlichen Affektion des Nervensystems und der Gonorrhoe in diesem wie in allen anderen Fällen charakteristisch für den kausalen Zusammenhang.

Als Gelegenheitsursache für das Zustandekommen solcher Komplikationen will Verfasser die Erkältung verantwortlich machen, die in allen drei Fällen nachweisbar war; zwei Patienten waren Kutscher, einer ein im zugigen Schuppen arbeitender Tischler. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 2. 15. Juli 1893.

Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen.

Von

Dr. med. et phil. Arnold Sack
in Heidelberg.

A. Allgemeiner Teil.

Einleitung.

Zur Zeit meiner Thätigkeit als Volontärassistent in der Klinik des Herrn Dr. Unna in Hamburg wurde ich auf verschiedene Fragen hingelenkt, die sämtlich ihrer Erforschung noch harren: ich meine das grofse Problem der Blutungen und ihrer Entstehung im menschlichen Körper, mit besonderer Berücksichtigung des Hautorgans. Man müfste von vornherein annehmen, dafs sich nirgends die pathologischen Bedingungen für die Entstehung von Hämorrhagien besser ergründen lassen sollten, als gerade in der Haut, weil erstens die Haut in ihrer ganzen Ausdehnung, wie die Klinik es zeigt, für das Zustandekommen von circumskripten Blutungen in das Gewebe ein besonders günstiger Boden ist (verlaufen ja die meisten hämorrhagischen Krankheiten fast nie ohne Beteiligung der Hautdecke, in einer grofsen Reihe von Fällen sogar mit ausschliefslicher Inanspruchnahme derselben), und weil zweitens das pathologisch-anatomische Studium der dabei in Betracht kommenden Vorgänge vermöge ihrer oberflächlichen, ja aufdringlichen, weil in die Augen springenden Lokalisation sich gewissermafsen von selbst ergeben müfste. Dieses einfache Raisonnement büfst aber viel von seiner Einfachheit ein, sobald man die Rolle, welche die Haut bei den Blutungskrankheiten spielt, in Einklang mit den anatomischen Einrichtungen dieses Organs zu bringen sucht. Da tritt uns schon bei dem ersten Versuch, die gerade in der Haut so häufig auftretenden Blutungen aus der Anatomie der Haut abzuleiten und zu erklären, die paradoxe Erscheinung in den Weg, dafs ein so straffes Gewebe — von den Weichteilen des Körpers wohl das straffste — wie die Haut in einem so hervorragenden Mafse, wie die klinische Beobachtung es jeden Tag lehrt, zur Erzeugung von Blutextravasaten disponiert sein soll. Ist es denn auch nicht merkwürdig,

nicht auffallend? Wenn uns von pathologischen Anatomen gesagt wird, dafs die Gehirnsubstanz dem Eindringen von Blut aus den Gehirngefäfsen besonders häufig ausgesetzt sei, so leuchtet uns diese Thatsache von selbst ein, da kein anderes Gewebe weicher, also weniger widerstandsfähig gegen allerlei Schädigungen der Blutgefäfse und ihrer Umgebung sein dürfte, als eben die Gehirnsubstanz. Wie wesentlich anders verhält es sich aber mit der Lederstruktur der Haut, dieses festen, elastischen Fasergespinnstes, beinahe ausschliefslich aus straffer Intercellularsubstanz bestehend. Mufs man da nicht sagen, dafs die überwiegende, mitunter ausschliefsliche (Purpura simplex) Beteiligung der Haut bei allen hämorrhagischen Processen dem Verständnis zunächst gewaltige Schwierigkeiten bereitet? Es ist ja klar, dafs die anatomischen, also auch die pathologischen Bedingungen in einem Organ wie die Haut für das Zustandekommen von Extravasaten am wenigsten günstig sein müfsten, und dafs allenfalls übereilte, von den weicheren Geweben auf die Haut übertragene Analogieschlüsse hier nicht gestattet sind. Früher verfuhr man aber stets so, dafs man entweder die bei inneren parenchymreichen Organen gemachten Beobachtungen ohne weiteres, d. h. ohne selbständige Untersuchung ähnlicher Hautphänomene, auf die Haut übertrug und damit der Anatomie der Haut Gewalt anthat oder, um eben diesem kritiklosen Vorgehen entgegenzusteuern, an der Hand noch ungenügender Hautuntersuchungen die Bedingungen für die Entstehung pathologischer Hauterscheinungen aus oben hervorgehobenen anatomischen Eigenheiten des Organes zu deducieren suchte. Der eine wie der andere Weg sind speciell in Rücksicht auf die Blutung unfruchtbar gewesen — und so weifs man bis heute noch nicht recht, wie eigentlich die Blutungen in der Haut entstehen. Der einzig richtige Weg ist der analytisch-induktive, auf welchem man zur Wahrheit gelangt, indem man Fall für Fall, Krankheit für Krankheit auf die in der Haut lokalisierten Erscheinungen hin untersucht, um erst dann auf Grund vollständigen Materials alle einzelnen, mitunter auch widerspruchsvollen Befunde miteinander sowie mit anatomischen Bedingungen ihres „Milieu" nach Möglichkeit in Einklang zu bringen; dieser Weg ist wohl der fruchtbarste, aber auch der mühsamste Weg. Speciell in Bezug auf Blutungen scheint dieser Weg am meisten zu versprechen, weil, wie ich gleich eingangs schon betont habe, die Zugänglichkeit der Haut für die klinische sowie unmittelbare anatomische Untersuchung dieses Organ in besonders bevorzugtem Lichte erscheinen läfst. Es wäre sogar nicht ausgeschlossen, dafs wir an der Hand der Hautblutungen allgemeine Schlufsfolgerungen gewinnen könnten, die uns das ganze Kapitel der Blutungen in viel helleres Licht gebracht haben würden, wenn der Schlufs a fortiori überhaupt überzeugend ist. Denn das, was wir in der Haut, diesem kompaktesten aller Weichteile, gesehen haben, können wir mit gröfster

JUN 5 1897

Wahrscheinlichkeit auch für die weniger konsistenten Gewebe, soweit es sich wenigstens um die Mechanik der Blutung handelt, gelten lassen. Umgekehrt aber nicht!

Diesen langwierigen und mühsamen Weg habe ich mir für diese Arbeit gewählt. Die Schwierigkeiten, die sich dabei herausgestellt haben, mufs ich selbstredend mit in den Kauf nehmen. Ich täusche mich nicht darüber, dafs ich nur am Anfang dieses langen Weges bin, und dafs das Wenige, was mir bis heute gelungen ist, zur Lösung der gestellten Aufgabe über die Entstehungsbedingungen und über die ganze Mechanik der Hautblutungen zusammenzutragen, bei weitem noch nicht genügt, um zur Klarheit in diesen dunklen Fragen zu kommen. Um so mehr reizt mich aber die mir noch bevorstehende Aufgabe zu weiteren Forschungen auf diesem Gebiete, — sind doch die schon zu Tage geförderten, wenn auch noch spärlichen Befunde wichtig und interessant genug, um auf einstige Lösung des Problems der Blutungen bestimmt hoffen zu dürfen.

Was sich in der Litteratur in Bezug auf hämorrhagische Zustände alles vorfindet, nimmt zum gröfsten Teil, wie es sich wohl von selbst versteht, auf die klinische Seite dieser Frage Rücksicht. Vollends gilt dies für die Arbeiten aus dem vorigen Jahrhundert und aus der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts. Etwas gröfsere Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse finden wir schon in pathologisch-anatomischen Handbüchern und in Monographien und Specialabhandlungen aus den 50er bis 70er Jahren, während in den neueren Schriften auch die ätiologische Forschung, im Sinne der Bakterieninfektion, in diesen Fragen sich geltend macht. Im grofsen und ganzen aber mufs man sich doch gestehen, dafs irgendwie sichere Resultate weder in Bezug auf Histologie noch in Bezug auf Ätiologie dieser Zustände bis heute gefördert worden sind. Nur von den in der allerletzten Zeit entstandenen, speciell bakteriologischen Arbeiten, die sich mit der Frage der Purpura-Krankheiten befassen, läfst sich das Gegenteil behaupten. Diese vom Geiste der Kochschen Schule getragenen, ernsten und umfassenden Untersuchungen heben sich vorteilhaft ab von manchen anderen flüchtigen und nicht immer der Kritik standhaltenden Beobachtungen, die nur selten übereinstimmende, meistens nur kontradiktorische Befunde bringen. Auf diesem Gebiete aber, wie auf jedem anderen wissenschaftlichen Gebiete thut Kritik not, und mufs das Zufällige sorgfältig vom Essentiellen getrennt werden, hier vielleicht noch mehr als anderswo, und zwar aus einem sehr einfachen Grunde.

Das grofse Heer der mit Blutungen einhergehenden Krankheiten ist eine so bunte Gesellschaft von pathologischen Typen, dafs trotz der mitunter auffälligen Ähnlichkeit der Symptome von einer einheitlichen Auffassung dieser Typen nicht die Rede sein kann. Zunächst leuchtet es

jedem ein, dafs wenn auch die Mechanik dieselbe sein mag, die Ursachen der Entstehung von Blutungen bei essentiellen oder idiopathischen oder primären hämorrhagischen Affektionen doch nicht dieselben sein können, wie bei accidentellen, symptomatischen oder sekundären Blutungsphänomenen. Die Ätiologie des skorbutischen hämorrhagischen Herdes kann unmöglich die eines typhösen sein. Ebensowenig können die Petechien der Purpura hämorrhagica dieselbe Geschichte und Genese haben wie die Ecchymosen bei Pneumonie. Wie klinisch, so auch ätiologisch müssen also essentielle Blutungen von symptomatischen streng geschieden werden. Aber auch innerhalb der engeren Grenzen der essentiellen hämorrhagischen Krankheiten mufs zu weiterer Trennung geschritten werden.

So wird man, wenn man mit SCHWIMMER[1] und IMMERMANN[2] alle Unterarten der Purpura (wie rheumatische, gastrointestinale u. a.) nicht als besondere Species, sondern nur als verschiedene klinische Äufserungen eines Morbus maculosus gelten lassen will, jedenfalls zwischen Morbus maculosus und Skorbut noch unterscheiden müssen, als zwischen zwei Hauptrepräsentanten der „hämorrhagischen Diathese". Folgerichtig, und das scheint sich doch unabweislich aus dem gesamten klinischen Bilde beider Krankheitstypen zu ergeben, wird man da auch an zweierlei Entstehungsursachen — und vielleicht auch Mechanismen — der Blutungserscheinungen bei beiderlei Krankheiten denken müssen.[3] Nehmen wir dagegen, mit anderen Autoren, nicht zwei, sondern mehrere hämorrhagische Krankheitstypen an, so tritt die Notwendigkeit ein, entsprechend jedem einzelnen supponierten Krankheitsvirus auch eine ganz bestimmte Genese der Blutaustritte bei jeder Krankheitsgruppe anzunehmen, wenn auch die Mechanik des Blutungsvorganges selbst nicht jedesmal eine besondere zu sein braucht. Existiert wirklich eine Purpura nervosa, wie einzelne Beobachter ganz bestimmt behaupten und es durch ihre klinischen Studien zu erhärten suchen (vergl. FAISANS, Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myelopathique, *Thèse du Doctorat.* 1882, MACKENZIE, On the nature of Purpura, *Brit. med. Journ.* Sept. 1873), so kann der physiopathologische Proceſs, der schlieſslich zu Blutungen führt und der in

[1] *Ziemssens Handb. d. sp. Path. u. Therap.* Bd. XIV. Heft 1. pag. 320.

[2] Ibid. Bd. XIII. pag. 741.

[3] LASÈGUE, Etude rétrospective de la maladie de WERLHOF. *Arch. générales de médecine.* 1877. V. I. pag. 96., gestützt auf eigene Erfahrungen (LASÈGUE et LEGROUX, L'épidémie et Scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la pitié. *Arch. génér. de méd.* 1871), sowie auf Beobachtungen von CIPRIANI, *Studi ed osservazioni intorno di malattie, accolti nella clinica medica di Firenze.* per il Dr. LEOPARDI. 1875., sucht auch diese unüberbrückbare Kluft zwischen Skorbut und Morbus maculosus zu tilgen, indem er im ersteren epidemische, im letzteren nur sporadische Purpura erblickt. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt unter deutschen Autoren auch W. KOCH ein (Die Bluterkrankheit in ihren Varianten, in *Deutsche Chirurgie.* Lief. 12.)

erster Linie das vasomotorische Centrum treffen müfste, schwerlich identisch sein mit den Veränderungen des Organismus, welche, wie bei gastro-intestinalen Formen, vom Darmtraktus ausgehend, schliefslich auch kutane Blutaustritte bedingen. In diesem oder ähnlichem Gegensatz müfsten aber auch andere Varietäten der hämorrhagischen Diathese zu einander stehen, wollten wir nur konsequent vorgehen und für jede klinisch abgegrenzte Form auch ein bestimmtes ätiologisches Moment voraussetzen. Denn eine klinische Differenzierung bekommt erst dann ihren vollen Wert, wenn man mit jeder bestimmten Form auch den Begriff einer bestimmten ätiologischen Modalität verbindet. Sonst thut man besser, wie IMMERMANN es gethan hat, lieber gar keine Species aufzustellen und die klinischen Bilder, wie heterogen sie mitunter auch zu sein scheinen, unter einen Hut zu bringen. IMMERMANN fällt den hoffnungslosen Spruch, dafs „ein Fall von transitorischer hämorrhagischer Diathese um so sicherer der Krankheitsspecies des Morbus maculosus angehört, je weniger positives sich über dessen Ätiologie sagen lässt."[4] Eben diese vollständige Unkenntnis der ätiologischen Momente, sowie die Wandelbarkeit der klinischen Typen scheinen den vorzüglichen Kliniker bestimmt zu haben, auf eine schärfere Differenzierung der Krankheitstypen zu verzichten. Will man aber seinem allzu generellen Schema nicht folgen, glaubt man berechtigt zu sein, eine Reihe von gesonderten und wohlcharakterisierten Zuständen aufzustellen, die nicht durch einheitliche Ursachen oder gleiche Bedingungskomplexe erzeugt worden sind, so ist man gezwungen, an Stelle eines ätiologischen x eine Anzahl von x zu setzen. Das ist doch ein unabweisliches logisches Postulat. Wir sehen übrigens dieses von der Klinik geforderte Postulat zum Teil auch schon erfüllt, indem wenigstens für einige Arten von Purpura auch die supponierten Krankheitserreger wirklich gefunden worden sind, wie dies die vorzügliche Arbeit von KOLB,[5] auf welche ich noch zurückkommen werde, z. B. beweist. Wenn in dieser Art weitergearbeitet wird, so wird der Ausspruch IMMERMANNS nicht lange mehr seine Gültigkeit behalten.

Werfen wir nun aber den Blick auf die proteusartigen hämorrhagischen Formen, die nur im Anschlufs an andere krankhafte Zustände des Organismus entstehen und sich zu jenen wie sekundäre oder konsekutive oder komplicierende Vorgänge zu primären, ursprünglichen und essentiellen Krankheiten verhalten, so ergiebt sich a priori für diese verschiedenen symptomatischen (im Gegensatz zu den idiopatischen) Blutungen auch verschiedene Ätiologie.

Nicht nur akute Krankheiten, wie Pneumonie, Endocarditis, Peri-

---

[4] *Ziemssens Handb. d. sp. Path. u. Therap.* Bd. XIII. pag. 749.

[5] M. KOLB, Zur Ätiologie der idiopathischen Blutfleckenkrankheit. *Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte.* 1891. Bd. VII. 1. Hälfte. S. 60.

carditis, Peritonitis, Typhus, ja Influenza, sind im stande, Ecchymosierungen der äufseren Körperbedeckung herbeizuführen. Dieselben treten zum mindesten ebenso häufig auf auch bei chronischen Nutritionsstörungen und Konstitutionsanomalien, sowie Organerkrankungen und neoplastischen Kachexien. Die Blutaustritte, die im Verlaufe von Leukämie, essentieller Anämie, Marasmus, Carcinomkachexie, Tuberkulose, Morbus Brightii, Vitia cordis das klinische Bild zu gewissen Zeiten beherrschen, seien hier nur angeführt. Ihnen lassen sich Intoxikationsblutungen nach längerem Gebrauch von einzelnen chemisch differenten Medikamenten oder Giften anreihen. An eine einheitliche Ursache dieser klinisch ziemlich ähnlichen, ätiologisch aber weit voneinander entfernten Extravasationen kann doch vernünftigerweise nicht gedacht werden. Den weiteren Forschungen auf diesem nur sehr wenig erschlossenen Gebiete ist es vorbehalten, den Zusammenhang zwischen dem Grundleiden und dem eigentümlichen Phänomen der Extravasation aufzudecken. Einiges ist auch heute schon erkannt worden, das Meiste bewegt sich aber noch auf dem Gebiete der willkürlichen Hypothesen. Es ist namentlich bei diesen sekundären Hämorrhagien ungemein schwierig, das Wesentliche vom Zufälligen auseinanderzuhalten, und wenn es bei idiopathischer hämorhagischer Diathese gar nicht leicht ist, die Quelle und das primum movens der multiplen Blutungen zu ergründen, so verwischt sich hier die Ätiologie derselben noch mehr.

Viel weniger kompliciert als das Problem der Ätiologie scheint dagegen das Problem der Mechanik der Hautblutungen zu sein. Dieses letztere kann in nur wenige Fragen zerlegt werden, und ihre Beantwortung — sollte man meinen — mufs sich aus dem anatomischen Studium möglichst vieler Einzelfälle unmittelbar ergeben. Bei näherer Betrachtung aber erkennt man, dafs auch über das Wie? der Hautblutungen nicht wesentlich mehr bekannt ist, als über das Woher? Unzweideutige Befunde, die zum Ausgangspunkt einer mehr oder weniger einheitlichen Auffassung der Mechanik der Hauthämorrhagien werden könnten, giebt es eben nicht. Deswegen sieht sich jeder Pathologe, der vor die Frage gestellt wird, wie solche Blutungen entstehen, in erster Linie auf Deduktionen angewiesen. Im speciellen Teil unten werde ich dies an der Hand einzelner Beispiele zeigen.

Indem ich nun auf die Besprechung der Specialfragen eingehe, beginne ich mit dem einfacheren Teil unserer Aufgabe, mit der Frage nach der Mechanik und Genese der Hautextravasate, also mit der rein anatomischen Frage. Ich will zunächst darthun, was in Bezug auf die Histologie der Hautblutungen von Pathologen und von Dermatologen zu Tage gefördert worden ist.

Da drängt sich uns in erster Linie die grundlegende Frage auf:

entstehen die Blutextravasate in der Haut durch Zerreifsungen der Gefäfshäute oder durch diapedetische Auswanderung der Blutelemente durch die Gefäfswand hindurch?

Rhexis oder Diapedesis?

Die Geschichte dieser Frage hängt mit den Wandlungen der allgemeinen pathologischen Gesichtspunkte innig zusammen. Es offenbart sich in der Art, wie man sich zu verschiedenen Zeiten den Vorgang der Blutung in der Haut vorstellte, der direkte Einfluſs der zur Zeit vorherrschenden pathologischen Auffassung, bis STRICKER[6] und nach ihm COHNHEIM[7] und ARNOLD[8] Beweise für die Möglichkeit einer Filtration fester Blutelemente durch die unverletzte Gefäfswand beigebracht haben; solange man also die Tragweite der Diapedese für die entzündlichen und nicht entzündlichen Gewebsalterationen noch nicht kannte, behandelte man das Problem der Blutungen von einem rein mechanischen Gesichtspunkte aus. VIRCHOW[9], der ganz und gar mit der alten Vorstellung von der Homogenität der Kapillarwandung brach, leitete jede Blutung von einer Kontinuitätstrennung der Gefäfswandung ab. „Solutio continui" war nach seiner mechanischen Auffassung der einzig mögliche Vorgang bei der Extravasation. Die „sogenannte Diapedese" konnte er im Einklang mit dieser Auffassung nur so deuten, „dafs hier meistens keine bleibenden, sondern nur vorübergehende Kontinuitätsstörungen auftreten. Nach VIRCHOW „konnte also der Unterschied zwischen der Diapedese und den anderen Formen des (Blut-)Austritts kein prinzipieller, sondern nur ein gradueller sein". Diese zum mindesten jeden Vorwurfs der Inkonsequenz entbehrende Auffassung VIRCHOWS, nach welcher die „Hämorrhagie" nichts anderes bedeutet als etwas, was nur durch Rifs (Rhexis, Rhagie) der Gefäfsmembran entstehen kann, hat sich unter bedeutenden pathologischen Anatomen der Gegenwart noch sehr warme Freunde zu erhalten gewufst. RECKLINGHAUSEN[10] tritt ein für die Rehabilitierung der „Hämorrhagia per rhexin", welche durch die Arbeiten der COHNHEIMschen Schule völlig in den Hintergrund gedrängt worden ist. Schon aus der Definition der Blutung ist sein Standpunkt zu erkennen. Die Bezeichnung der Hämorrhagie, sagt er[11], setzt eigentlich voraus, dafs die „Gefäfswandung gerissen, verletzt ist, wird aber, obwohl dieser Wandbruch keineswegs regelmäfsig nachzuweisen ist, doch mit dem Ausdruck

[6] *Sitzungsberichte d. Wiener Akademie.* Jahrg. 1865 u. 1866.
[7] *Virchows Archiv.* Bd. 41. pag. 220. Bd. 45. pag. 333.
[8] *Virchows Archiv.* Bd. 58. pag. 203.
[9] *Handb. d. spec. Path. u. Ther.* B. Allgemeine Störungen der Ernährung und des Blutes. 1854. Kapitel Blutung. S. 226—263.
[10] Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung. In *Deutsche Chirurgie.* Lief. 2 u. 3. 1883.
[11] Ibid. pag. 77.

Blutung synonym gebraucht". Und weiter auf die Beobachtung von KÖLLIKER[12] hinweisend, hebt er hervor,[13] dafs „mikroskopische Beobachtung gelehrt hat, dafs auch bei Kapillarblutungen Rhexis vertreten ist," wenn es auch „nicht gelungen ist, hinterher einen persistierenden Rifs, das Loch innerhalb der Gefäfswandung zu sehen. Auch bei den kapillaren Blutungen in menschlichen Geweben ist man bis jetzt nicht in der Lage gewesen, die Öffnung aufzufinden, durch welche die Blutkörperchen ausgetreten waren". Sollten das aber nur diapedetische Blutungen sein, führt RECKLINGHAUSEN weiter aus, so müfste man bei mikroskopischer Untersuchung frischer Ecchymosen diese Diapedese sehen, was bis heute nicht gelungen ist. Aus diesem Grunde trägt RECKLINGHAUSEN „Bedenken, die Diapedese als den einzigen Modus hinzustellen, nach welchem die kleinen Blutungen erfolgen".[14] Was nun die typischen Blutungskrankheiten anbelangt, so scheinen die Blutungen wohl durch Rhexis und nicht durch Diapedesis zu erfolgen.[15]

Aus diesen Zeilen tritt RECKLINGHAUSENS Standpunkt in der Frage mit Deutlichkeit hervor. Er macht wohl, im Gegensatz zu VIRCHOW einen prinzipiellen Unterschied zwischen Rhexis und Diapedese, ist aber nicht im stande, sich dem generalisierenden Schema der COHNHEIMschen Schule anzuschliefsen.

STRICKER[16] stellte seine ersten Untersuchungen über Diapedese am Froschlarvenschwanz an. Durch Steigerung des Blutdruckes, durch künstliche Stauung ist es ihm gelungen, die roten Blutkörperchen zum Durchtritt durch die lebende Gefäfsmembran zu zwingen. Sein Schüler PRUSSAK[17] erreichte dasselbe durch Einspritzung von starken (10 %) Kochsalzlösungen in die Lymphsäcke des Frosches. Auf diese Injektionen hin beobachtete er Diapedese der roten Blutkörperchen in der Schwimmhaut. So sicher die Beobachtungen von STRICKER dastehen, so wenig einwandsfrei ist der PRUSSAKsche Versuch. Er konnte wenigstens von einem so gewichtigen Kenner des diapedetischen Vorganges wie COHNHEIM[18] nicht bestätigt werden. Wenn aber der Zusammenhang zwischen Kochsalzvergiftung und reichlicher Diapedese beim Frosche nicht als erwiesen gelten kann, so ist er noch weniger bewiesen durch ein anderes Experiment von PRUSSAK am Kaninchen, wo nach chronischer Vergiftung mit 25 % Kochsalzlösung sich bei der Sektion des Versuchstieres Blutextravasate in verschiedenen

---

[12] *Annales des sciences naturelles.* 1846.
[13] l. c. pag. 78.
[14] pag. 79.
[15] pag. 80.
[16] l. c.
[17] Über künstlich erzeugte Blutung per diapedesin. *Sitzungsberichte d. Wiener Akad.* Bd. 56. Abth. II. pag. 13—23. 1867.
[18] Vgl. PERLS-NEELSEN, *Allgem. Pathologie.* 1886. pag. 36.

Organen ergeben haben.[19] Da wurde auch nicht daraufhin untersucht, was für Blutungen es waren. Es braucht hier nicht besonders hervorgehoben zu werden, dafs auch die praktischen Konsequenzen in Bezug auf die Ätiologie der skorbutischen Blutungen, wie PRUSSAK sie aus seiner Beobachtung ziehen wollte, nicht berechtigt sind.

Dagegen sind die Versuche von COHNHEIM für die Lehre von der Diapedese der roten Blutkörperchen grundlegend gewesen. Mit der diesem Forscher eigenen Klarheit in der Fragestellung, Genauigkeit in der Beobachtung und Präcision in den Schlufsfolgerungen hat er nicht nur die vorherrschende Bedeutung dargethan, welche die Durchsickerung geformter Blutelemente durch die Gefäfswand für die ganze Entzündung hat, sondern auch die Wichtigkeit des Durchtrittes speciell roter Blutkörperchen für die Bildung des hämorrhagischen Infarktes, sowie die Rolle, welche dieser Vorgang bei der venösen Stauung spielt, beleuchtet. — Somit war also scheinbar ein Schlüssel zum Verständnis einer grofsen Reihe von Blutungsphänomenen gegeben. Zwar verhehlte sich COHNHEIM selbst nicht die Schwierigkeiten, welche sich trotzdem in der Beurteilung der Genese verschiedener Blutungen einem unvoreingenommenen Forscher entgegenstellen. In seinen Vorlesungen spricht er sich sehr vorsichtig aus darüber, welche Blutungen der Diapedesis, welche der Rhexis zuzuschreiben seien. Dafür fehlen ihm die anatomischen Kriterien, um in jedem Einzelfall entscheiden zu können, ob eine Blutung per rhexin oder per diapedesin vorliegt. Mit dieser Entscheidung erst könnte die richtige Fragestellung gegeben werden.[20] Und dennoch gewinnt man den Eindruck, dafs COHNHEIM trotz des Mangels an entscheidenden Kriterien sich einen grofsen Teil der hämorrhagischen Erscheinungen mit Ausnahme derjenigen, wo die Vorstellung von der Brüchigkeit oder Zerreifslichkeit der Gefäfse sich dem Verstande unabweislich aufdrängt, wie bei Aneurysmen, Varicen, Degenerationen etc., auf Diapedese zurückführen möchte. Allerdings sind es gerade diejenigen Blutungen, die uns am meisten interessieren, wie die infektiösen und auch die idiopathischen, welche COHNHEIM zunächst mit einem grofsen Fragezeichen versieht. Jedenfalls mifst er den kleineren Gefäfsen, speciell den Kapillaren, die Eigenschaft bei, durch zur Zeit noch unbekannte Momente, wie Änderung der Zusammensetzung des Blutes und Mangel an funktionsfähigen roten Blutkörperchen, oder durch mikroskopisch nachweisbare Bakterienhaufen, durchlässiger, poröser zu werden und dadurch Veranlassung zu diapedetischen Blutungen zu geben, denen sich infolge derselben Ursachen auch Blutungen kleiner Gefäfse hinzugesellen können. Freilich sind alle Ausführungen COHNHEIMS nicht auf die Haut zugespitzt und können, wie ich in der Einleitung schon hervorgehoben habe, nicht ohne

[19] l. c. pag. 21.
[20] *Vorlesungen über allg. Pathologie.* 1882. pag. 382.

weiteres auf die Haut übertragen werden. Denn COHNHEIM sagt ja selbst an anderer Stelle, dafs eine ganze „Reihe von Erscheinungen darauf hinweisen, wie die Gefäfse der verschiedenen Bezirke durchaus nicht völlig gleichwertig und gleichartig sind in ihrem physiologischen und histologischen Verhalten."

Dafs ganz andere mechanische und physiologische Momente in den Gefäfsen der Haut, als in denen des Gehirns z. B. obwalten, beweisen ja schliefslich die Erfahrungen von HEIDENHAIN[21] und OSTROUMOFF[22] an den mit Strychnin vergifteten vorher kuraresierten Hunden. Durch übermäfsige Erweiterung der Hautarterien steigert sich der Binnendruck in den Kapillaren ganz enorm, ohne dafs ein einziges von ihnen bersten würde, während bei gröfserer Drucksteigerung im Gehirn, wie es bei epileptischen Konvulsionen der Fall zu sein pflegt, Gehirnkapillaren massenhaft bersten. Aus diesen Erfahrungen folgert COHNHEIM, dafs in der gesunden Haut keine Kapillarzerreifsungen infolge abnormer Drucksteigerungen möglich seien, treten aber solche auf, so müsse es sich dabei um Individuen mit krankhafter, durch irgend ein Moment (welches?) abnorm zerreifslicher Gefäfseinrichtung handeln.

Zur Würdigung der COHNHEIMschen Ansichten darf man nicht vergessen, dafs bei ihm Diapedese und Rhexis wirklich zwei grundsätzlich verschiedene Vorgänge sind, insofern als er sich die Diapedese nicht als eine durch Lockerung und Erweiterung der natürlichen kleinen Öffnungen in den Kapillarwandungen bedingte aktive Lokomotion der korpuskulären Blutelemente, wie es BINZ[23] thut, denkt, sondern als eine wahre Filtration einer colloiden Substanz durch eine andere colloide Substanz, wie HERING[24] schon vor ihm für die Leukocyten angenommen hatte. So fest ist bei COHNHEIM die Überzeugung, dafs nicht die Verfassung der Gefäfswand, sondern die Druckverhältnisse in den Gefäfsen („ohne Druck keine Auswanderung") das Durchpressen der Blutkörperchen durch unversehrte Kapillarmembran bestimmen (wie etwa im Filter der Druck des Filterinhalts das Durchtreten des Filtrates bedingt), dafs er nicht einmal den so gut begründeten Erklärungsversuch von ARNOLD,[25] der die Stigmata und Stomata als die Loca minoris resistentiae ansieht, durch welche die Passage der Blutkörperchen erfolgen mufs, als hinreichend anerkennen will.

Und doch mufs man gestehen, dafs wenn ARNOLDS Deutungen wirklich zutreffen, in seiner schönen Entdeckung alles enthalten ist, was für die Kapillargefäfse wenigstens den Vorgang der Blutung dem Ver-

[21] l. c. pag. 119.
[22] *Pflügers Archiv.* Bd. XII. pag. 219.
[23] COHNHEIM, *Vorlesungen* pag. 279 und Untersuchungen über venöse Stauung. *Virchows Archiv.* Bd. 41.
[24] *Sitzungsberichte der Wiener Akademie.* Bd. 57. 1868.
[25] Über Diapedesis in *Virchows Archiv.* Bd. 58. 1873. pag. 208 u. 231.

ständnis vermittelt. Wenn durch irgendwelche schädigende Einflüsse des Gefäfsinhaltes oder der Gefäfsumgebung oder schliefslich des Gefäfsnervenapparates die Kohärenz der Endothelien gelockert wird, so dafs die unter abnorm starkem Drucke stehenden Blutelemente durch die Wandung hindurch schlüpfen und nach aufsen entweichen können, — dann ist auch die Mechanik der Kapillarblutung ohne weiteres verständlich. Dann ist aber auch die Kluft zwischen der kapillaren Diapedese und der kapillaren Rhexis überbrückt, denn die Berstung des Haargefäfses könnte dann als eine unter starkem Blutanprall sich in einem kurzen Zeitraum vollziehende totale Auflösung der schon gelockerten Bindesubstanz des Endothelrohres, also nicht als ein von der Diapedese grundverschiedenes Phänomen aufgefafst werden. Hiermit wären wir, zwar von der anderen Seite, zur Virchowschen Anschauung zurückgekehrt.

Leider sind aber auch gegen diese Erklärung der Diapedese Einwände und Bedenken erhoben worden. Man hat z. B. gesagt, wenn die Stomata so grofs wären, dafs sie im stande wären, kompakte Blutkörperchen durchzulassen, um wie viel leichter müfsten sie das flüssige Blutplasma schon im Beginn ihrer Eröffnung unverändert durchtreten lassen. Und dennoch ergiebt sich das Stauungs-, sowie das Entzündungstranssudat als etwas von dem natürlichen Blutplasma der Zusammensetzung und der Gerinnbarkeit nach sehr verschiedenes. Dieses letztere Moment, wie auch manche andere, trüben sehr die Einfachheit der Arnoldschen Deutung und drängen uns wieder einen Schritt zurück.

Es sei dem wie es will — in den betr. Anschauungen hat sich seit Cohnheims und Arnolds Zeiten eine gründliche Schwenkung vollzogen, und suchte noch vor kurzer Zeit das Gros der Forscher die Blutungskrankheiten allgemein auf diapedetische Vorgänge zurückzuführen. So erklärte Schwimmer die „Durchsickerung als unmittelbaren und einzigen Modus der hämorrhagischen Fleckbildung". Auch Immermann[27] hebt die Bedeutung der Diapedese für die Blutaustritte bei Konstitutionsanomalien hervor.

Und doch hat niemand bis heute irgendwelche auf Diapedese bestimmt hinweisende Veränderungen (am wenigsten noch an gröfseren Gefäfsen) im Mikroskope gesehen, — bis auf Stroganow,[28] dessen Beobachtung hier kurz besprochen werden möge. Der Fall ist kein ganz „reiner" gewesen. Eine Phthisica von 26 Jahren bekommt in der letzten Periode des Geburtsaktes zahlreiche Hämorrhagien in der Haut des Gesichtes (eine grofse Seltenheit bei Morbus maculosus, weniger selten dagegen bei

[26] *Ziemssens Handb.* Bd. XIV. Heft 1. l. c. pag. 336.
[27] *Ziemssens Handb.* Bd. XIII. Heft 2. l. c. pag. 212.
[28] Über die Extravasation bei Morbus maculosus Werlhofi. *Virchows Archiv.* Bd. 63. 1875. pag. 540.

Sepsis) und der Extremitäten. Nach Expulsion eines todten Kindes zweistündiger Blutverlust aus dem Uterus. Der Fall endet in kurzer Zeit, nach etwa 6 Stunden letal. Bei der Untersuchung der Aortenwandung zeigte es sich, dafs die Intima rote Blutkörperchen einschlofs, die Media dagegen ganz frei davon blieb. Es wird daraus auf diapedetische Extravasation der roten Blutkörperchen aus dem Lumen der Aorta in die Intima geschlossen. Ähnliche Extravasate fanden sich auch in der Intima der Vena cava und Vena hepatica; nur waren hier daneben auch Blutextravasate, welche die ganze Hand durchsetzten, um die Vasa vasorum herum.

Auf diese einzige, nicht ganz eindeutige Beobachtung sollte wahrlich nicht zu viel Wert bezüglich unserer Hauptfrage gelegt werden.

Wenn auch Blutinfiltrate sich in der Media der gröfsten Gefäfse vorfinden, sind denn da mit voller Sicherheit Rifschen im veränderten Endothel (Aneurysma dissecans) oder schliefslich Zerreifsungen der Vasa vasorum innerhalb der Aorten- oder Vena cava-Wandung selbst auszuschliefsen, wie Stroganow es thut? Er beruft sich auf Virchow, der ja auch die Möglichkeit der Diapedese (in seinem Sinne) aus dem Lumen durch das Endothel der grofsen Gefäfse zugegeben habe.[29]

Aber Stroganow selbst giebt ja zu[30], dafs manche der erwähnten Intimaflecken durch Zerreifsung der Gefäfse (Vasa vasorum) entstanden seien, weil ihr anatomisches Bild den Extravasaten vollständig entsprach? — Ist hier also der Beweis für diapedetische Herkunft der Blutinfiltrate innerhalb der Wandungen der grofsen Gefäfse auch vollends erbracht?

Und wäre er erbracht, was würde sich daraus ergeben? Nur dafs unter gewissen Umständen, die der Sepsis nahe stehen, die Intima grofser Gefäfse derartig aufquillt, dafs ein Durchtreten von roten Blutkörperchen aus dem Lumen in das Gewebe der Wandung möglich wird. Das aber, was für uns hauptsächlich von Wert ist, — ob diese Diapedese für feinere Gefäfse jene dominierende oder sogar ausschliefsliche Bedeutung hat, wie es nach manchen Versuchen wahrscheinlich sein könnte, und noch enger gefafst: ob die im vorliegenden Fall, namentlich in der Haut, beobachtete Bildung von Blutflecken wirklich auf diapedetischer Extravasation beruht, — dafür ist ja doch kein genügender Beweis erbracht worden.

Ist er überhaupt für die Hautgefäfse je erbracht worden?

Unter den zahlreichen Fällen, die in der Litteratur angegeben sind und wo die kutanen Blutherde einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen wurden, findet sich kein einziger, wo hinreichende histologische Anhaltspunkte für die Annahme einer diapedetischen Blutung in der Haut sich ergeben hätten. Die Bilder waren vielmehr so weit von den

[29] *Handbuch. d. spec. Path. u. Ther.* Bd. I. pag. 230 u. 231.
[30] Ibid. pag. 557.

gewohnten Bildern einer diapedetischen Extravasation verschieden, dafs sich einzelne Untersucher dazu bestimmen lassen haben, vorausgegangene Gefäfsrupturen als wahrscheinlich anzunehmen, ohne übrigens solche Zerreifsungen im Mikroskop je gesehen zu haben.

Und wenn dennoch so gewiegte Kenner der Hautpathologie wie UNNA[31], bei der Besprechung der Möglichkeiten, welche für die Mechanik von Hautblutungen in Betracht kommen, auf Grund histologischer Deduktionen die Rhexis der Hautgefäfse nur auf groben Traumatismus wie Quetschung oder Ansaugung im Schröpfkopf beschränken wollen, die eigentlichen pathologischen Blutungen in der Haut dagegen sämtlich durch Diapedese erklären, — so beweist es zur Genüge, wie wenig thatsächliches Material in dieser Richtung zusammengetragen worden ist und wie sehr ein Forscher, der vor die Frage gestellt wird, wie er Diapedese und Rhexis auseinanderhalten soll, in Ermangelung positiver Beweise weder für die eine noch für die andere Genese schliefslich nur auf pathologisch-anatomische Deduktionen angewiesen bleibt, die für die Rhexis allerdings recht ungünstig ausfallen. Dafs UNNA, nach einer einheitlichen Auffassung der hämorrhagischen Affektionen der Haut ringend und dem Vorgange der COHNHEIMschen Schule folgend, in seiner Verlegenheit angesichts des absoluten Mangels an zwingenden Beweisen für die Möglichkeit einer spontanen Rhexis der Hautgefäfse die Diapedese als den einzigen Modus der Entstehung von Purpura erklärt, erscheint nur begreiflich. Im Geiste der COHNHEIMschen Lehre denkend und von den eigentümlichen Strukturverhältnissen des Hautgewebes ausgehend, kann man gar keine andere Erklärung für die Mechanik der Purpura geben, als die, welche UNNA gegeben hat. Hätte er zur Zeit, als er seine Betrachtungen über Blutung niederschrieb, irgend einen Befund in der Hand, der ihm die Möglichkeit einer spontanen Zerreifsung eines Hautgefäfses im Purpurafleck mikroskopisch ad oculos demonstrierte, so würde er sicher nicht zu seiner allgemeinen Deduktion — wenigstens in dieser schroffen Form nicht — gelangt sein. Es fehlte ihm aber jede anatomische Handhabe für die richtige Anfassung der Frage; denn alles, was sich bis dahin in der Litteratur an Befunden aufgestapelt fand, bezog sich höchstens auf sekundäre Erscheinungen bei der Blutung, nicht aber auf das Wesentliche, — und so blieb ihm nichts übrig, als eine folgerichtige Dekuktion aufzustellen. Eben dem damals von UNNA empfundenen Bedürfnis, neue Thatsachen kennen zu lernen, die in das dunkle Gebiet etwas Licht bringen könnten, verdankt auch diese Arbeit ihre Entstehung. Die erste Anregung zu den von mir vorgenommenen Untersuchungen habe ich von Herrn Dr. UNNA erhalten, und auch später, als ich fern von ihm arbeitete, bekundete er

[31] Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut. Kapitel Blutung in *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X. No. 6 u. 7.

stets das regste Interesse für die Arbeit und für meine Befunde, die ihn nicht wenig überrascht haben.

Es soll nun über das Wenige, was uns über die Gesamthistologie der Petechien bekannt ist, berichtet werden.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme?

Von

Dr. Gustav Kulisch, Halle a. S.

(Mit Tafel I und II.)

(Fortsetzung.)

Bei der jetzt folgenden Besprechung der am Hund und an mehreren Menschen angestellten Versuche sollen die klinischen und mikroskopischen Befunde kurz mitgeteilt und, um die ohnehin unvermeidlichen Wiederholungen nach Möglichkeit einzuschränken, soweit es angeht, gleichzeitig die Resultate mehrerer Versuche in einem Resumé zusammengefafst werden. Immerhin wird es erforderlich sein, einzelne Punkte eingehender zu behandeln.

IV. Afrikanischer, nackter Hund (mehrere Jahre alt).

Inbetreff der Methodik sei hier kurz noch einmal folgendes erwähnt: Einerseits wurde, um eine schnelle, akute Wirkung zu erzielen, Kantharidin in Substanz auf dem Rücken des Versuchstieres unter einem impermeabeln Stoff fixiert; die betreffenden Applikationsstellen wurden bei der einen Versuchsreihe nach 1, 2 und 3 Stunden, bei der andern, wo über dem ersten Deckverband noch ein zweiter Druckverband angelegt war, nach 2 und 16 Stunden excidiert. Andrerseits wurde in der Absicht, den Einfluſs einer schwachen, aber längere Zeit angewandten Lösung des Giftes zu erproben, eine 1‰ige alkoholische Kantharidinlösung in dem einen Falle 4, in dem anderen 10 Tage lang morgens und abends auf ein und dieselbe Stelle, ebenfalls auf dem Rücken aufgetragen.

Was die Haut des zu den Experimenten benutzten Hundes anbetrifft, so sei hier noch bemerkt, daſs die Epidermis dünn, die Cutis relativ arm an Gefäſsen ist.

Kantharidin in Substanz.

a) 1 Stunde.

Makroskopisch keine Veränderungen wahrnehmbar.

Mikroskopischer Befund:

Die Hornschicht erscheint wie aufgeblättert. Entzündliche Erscheinungen fehlen in der Stachel- und Keimschicht, indessen sind einige Zellen derselben, und zwar meist mehrere, bisweilen 2—4 neben resp. nahe aneinander gelegene Gebilde, geschwollen und aufgehellt; zudem ist das Chromatin vermehrt und in Form grobkörniger Massen angeordnet, die an einzelnen Stellen deutlich durch Schleifen verbunden sind. Daneben finden sich vereinzelte, ganz zweifellose Mitosen.

b) 2 Stunden.

Derselbe Befund wie bei a, jedoch ist die Anzahl der Karyokinesen hier weit gröfser. Dieselben verteilen sich annähernd gleichmäfsig auf Stachel- und Keimschicht; einige liegen unmittelbar unter der Körnerschicht.

c) 3 Stunden.

Makroskopische Veränderungen gering. Zweifelhafte Schwellung und Rötung des Auftragungsbezirkes; keine deutliche Blase.

Mikroskopischer Befund:

Kleine fertige Blase, die seitlich allmählich in die nicht blasig veränderten Partien der Epidermis übergeht.

Der Grund wird zumeist durch die Keimschicht dargestellt, der sich vielfach noch Teile der Stachelschicht anschliefsen; hie und da bilden die freiliegenden Cutispapillen die untere Begrenzung. Die übrigen Stachelzellen liegen zum geringern Teil — einzeln und in Haufen angeordnet — frei im Blasenraume und zwar stets der Decke genähert, zum gröfsern Teil bilden sie zusammen mit der gequollenen Hornschicht und der Körnerschicht die Decke der Blase. Die am Grunde befindlichen Zellen sind verhältnismäfsig sehr wenig verändert. Die Kerne sind im allgemeinen gut erhalten, bisweilen etwas schwach gefärbt. Dem gegenüber zeichnen sich vereinzelte Zellen durch einen grofsen, rundlichen, aufgehellten Kern aus, der aufserordentlich reich an Chromatin ist. Die Anordnung des letzteren ist derart, dafs den Mitosen ähnliche resp. mit denselben identische Gebilde entstehen. Die Intercellularräume sind bisweilen erweitert; hie und da ist der Zusammenhang der einzelnen Zellen gänzlich aufgehoben, so dafs dann die Cutis vollkommen frei liegt. An diesen Punkten ist auch die normale Konfiguration der Zellen verloren gegangen; das Protoplasma erscheint homogen, ödematös; der Kern enthält nur noch wenig färbbare Substanz.

Das gleiche Verhalten zeigen die an der Decke der Blase liegenden Stachelzellen. Auch hier trifft man mehrere ödematöse Mitosen an.

Der Blasenraum wird ausgefüllt durch einzelne und in Gruppen losgerissene Stachelzellen, durch ausgeschwemmtes Chromatin, bröcklige, die Weigertsche Fibrinfärbung nicht annehmende Eiweifsmassen, reichliches Pigment, wenige Leukocyten, eine Summe von Gebilden, zwischen denen eine mäfsig grofse Menge fädigen und wenig körnigen Fibrins ausgebreitet ist. Die einzeln liegenden Stachelzellen sind zumeist homogenisiert, chromatinarm- resp. -los, während die gröfseren Komplexen angehörigen so gut wie gar nicht verändert sind.

Die seitlich an die Blase angrenzenden Epidermisteile weisen an mehreren Stellen interstitielles Ödem, d. h. den Beginn neuer, sekundärer Blasen auf. Einige Mitosen.

Die Cutis ragt teilweise jedweder Epithelbekleidung beraubt in den Blasenraum

hinein; sonst ist sie bedeckt von den Basalzellen. Sie ist mäfsig ödematös, ihre Papillen sind zwar etwas abgeflacht, indes noch deutlich erhalten. Die Lymphkapillaren sind erweitert. Keine Leukocytenauswanderung; keine Proliferationserscheinungen.

d) 2 Stunden, mit Druck kombiniert.

Makroskopisch: Geringe Schwellung und Rötung der Applikationsstelle; einige kleine, seröse Bläschen, die allmählich flach in die Umgebung auslaufen.

Mikroskopischer Befund:

Das Präparat läfst in einem grofsen Teile die Einwirkung des Cantharidins erkennen; nur wenige, den Randpartien entsprechende Stellen sind nicht blasig verändert. In der Epidermis gröfsere und kleinere Höhlen, voneinander getrennt durch mehr oder minder grofse Strecken erhaltenen Epithels. Die einzelnen Blasen sind bei oberflächlicher Betrachtung Gebilde von kugeliger, oblonger und ganz unregelmäfsiger Gestalt. Die obere und untere Begrenzung ist wellig, die seitliche nie scharf ausgesprochen und zeigt vielfach Ausbuchtungen.

Die Decke der vollständig ausgebildeten Blasen besteht aus der gequollenen Hornschicht und der Körnerschicht, zu denen noch des öfteren Teile der Stachelschicht hinzukommen. Die Zellen der letzteren sind einzeln, in Lagen und Haufen vorhanden; ihr Kern und ihr Protoplasma ist meist aufgequollen; im ganzen ist der erstere sehr arm an Chromatin. Der Stachelpanzer ist in vielen Fällen noch deutlich erhalten, jedoch sind, speciell in den Haufen, die Grenzen der einzelnen Zellen gegeneinander oft vollkommen verwischt.

Am Grunde dieser Blasen und im Blasenraume liegen die Stachelzellen, welche zur Bildung der Blasendecke nicht mitverwandt sind. Auch hier trifft man sie wieder in derselben Anordnung wie oben an, ein Unterschied besteht aber insofern, als sowohl in den Basal-, als auch in den übrigen Stachelzellen regelmäfsig Mitosen zu finden sind.

Den Inhalt des Blasenraumes machen aus: Stachelzellen, geringe Mengen fädigen Fibrins, reichliche Anhäufungen ausgeschwemmten Chromatins und Pigmentes sowie bedeutende Massen einer grobkörnigen resp. bröckligen, eiweifsartigen Substanz, welche die specifische Fibrinreaktion nicht angenommen hat. Leukocyten fehlen vollkommen.

Neben diesem höchsten Entwicklungsstadium kann man auch den Beginn der Blasenbildung beobachten. Man trifft stellenweise im Deckepithel Hohlräume an, die mit Pigment, Chromatin und den erwähnten Eiweifsmassen angefüllt sind. Bemerkenswert ist, dafs diese Stellen sowohl in der Stachel-, als auch der Keimschicht stets reichlich ödematöse Mitosen aufweisen.

In den seitlich von den blasig veränderten Teilen der Epidermis gelegenen Partien findet man in grofser Zahl die oben erwähnten, mit grofsem, aufgehelltem Kern und vermehrtem Chromatin ausgestatteten Zellen neben fertigen Mitosen in der gesamten Stachelschicht. Hervorgehoben sei, dafs hier jedwedes Ödem der Epidermis und Cutis fehlt.

Die letztere ist an den Stellen, wo die Epidermis blasig degeneriert ist, ödematös, indes sind die Papillengrenzen nicht vollkommen verwischt. Die Bindegewebszellenkerne sind geschwollen und vermehrt; aufserdem einige Mitosen. Neben den Gefäfsen treten in mäfsiger Zahl Mastzellen auf. Keine Leukocytenauswanderung.

e) 16 Stunden, mit Druck kombiniert.

Makroskopisch: Deutliche Blase auf etwas geschwollener und gering hyperämischer Basis.

Mikroskopischer Befund:

Grofse, im ganzen einkammerige Blase, deren wesentlichsten Inhalt enorme Leukocytenmassen darstellen. Nur geringe Brücken trennenden Epithels scheiden den Blasenraum in einzelne Abteilungen.

Die Decke wird gebildet durch die gequollene Hornschicht, die Körnerschicht und die Stachelschicht, bisweilen nur durch die erstere. Die Stachelzellen, meist in Gruppen vorhanden, sind zum Teil noch gut erhalten, zum Teil weisen sie Trübung des Protoplasmas und einen in Auflösung begriffenen Kern auf, zum Teil sind sie in vollkommen homogene, kernlose Schollen umgewandelt. Zwischen diesen Massen finden sich Leukocyten, Pigment, Chromatinkörner sowie Eiweifsbröckel.

Den Blasenraum erfüllen homogenisierte Epithelien, hie und da auch noch mehr oder minder erhaltene Epithelbrücken. Dazu kommen die Trümmer der untergegangenen Zellen: Pigment, Chromatin, Eiweifsmassen sowie spärlich fädiges Fibrin, vor allem aber, und zwar alle übrigen Bestandteile an Menge übertreffend, grofse Anhäufungen von Leukocyten mit fragmentierten Kernen.

Als untere Begrenzung der Blase fungiert vielfach die Cutis mit freiliegenden Papillen. Wo Epithelien vorhanden sind, finden sie sich meist in einfacher Lage vor und sind dann durch den Druck des Exsudates stark komprimiert; wo mehrere Lagen erhalten sind, kann man normale und ödematöse Partien unterscheiden, welch letztere dann dicht mit Leukocyten und wenig Fibrin durchsetzt sind, während in den ersteren mehrfach Mitosen nachzuweisen sind. Auch die Stellen, wo die Cutis frei in den Blasenraum hineinragt, sind dicht mit Leukocyten besät.

Die Cutis ist ödematös, gleichwohl sind die Grenzen der Papillen noch deutlich erkennbar. Die in ihr liegenden epithelialen Gebilde zeigen Proliferationserscheinungen. Das kollagene Gewebe ist ausgezeichnet durch grofsen Kernreichtum. Die Umgebung der Gefäfse bis tief hinab ist eingenommen von Mastzellen und ausgewanderten Leukocyten.

Wenn wir uns nach den bisher mitgeteilten, am Hunde angestellten Versuchen Rechenschaft über die Wirkungsweise des reinen Kantharidins geben wollen, so finden wir, dafs das Gift, während makroskopisch noch kein Einflufs desselben wahrnehmbar ist, schon mikroskopisch nachweisbare Veränderungen gesetzt hat. Eine Einsicht in die Protokolle a und b führt zu dem interessanten Resultate, dafs die erste Einwirkung, welche das Kantharidin auf die Haut des Hundes ausübt, das Deckepithel betrifft, derart, dafs es die Stachel- und Keimzellen vielfach zu einer Vermehrung und Umformung des Chromatins anregt. Es resultieren daraus mitosenähnliche Gebilde sowie Mitosen selbst, und dies zu einer Zeit, wo in der Epidermis und Cutis jegliche entzündliche Erscheinungen fehlen. Die Quellung resp. Auflockerung der Hornschicht ist wohl nur als eine Folge der durch das Guttaperchapapier behinderten Verdunstung der Hautsekrete anzusehen. Kommt es zur Vesikation, ein Ereignis, dafs nach 2 bis 3 Stunden, also relativ früh sich einstellt, so treten zunächst mehrere kleinere, fast rein seröse Blasen in der Stachelschicht auf, die sich später zu einem gröfseren Gebilde vereinigen. Der Inhalt derselben besteht, abgesehen von minimalen Mengen Fibrin und Leukocyten, welch letztere auch ganz fehlen können (Protokoll d), aus veränderten Stachelzellen und

Bestandteilen resp. Resten derselben: Chromatin, Pigment und bröckligen, nicht mit Fibrin identischen Eiweifsmassen. Allmählich verschwinden die Grenzen zwischen den einzelnen kleinen Blasen mehr und mehr, und es kommt zur Bildung einer einzigen grofsen Blase (Protokoll e), die wohl hauptsächlich zwei Faktoren ihre Entstehung verdankt. Einerseits dauert der aus der Cutis aufsteigende, starke Serumstrom an und führt, wie im Beginn der Blasenbildung, so auch weiterhin zu einer Lockerung, Loslösung und Trennung der einzelnen Zellen der Stachel-, teilweise auch der Keimschicht. Andererseits haben die primär befallenen und die sekundär losgerissenen Zellen die Tendenz, nach der Abhebung zu degenerieren — obwohl das Gros derselben im Beginn verhältnismäfsig resistent ist —, so dafs auch hierdurch der Ausbau einer einzigen grofsen Blase wesentlich erleichtert wird.

Was die erwähnte sekundäre Degeneration betrifft, so handelt es sich dabei zunächst weniger um den Verlust der Form der Zellen, als vielmehr um eine Trübung und Aufblähung des Protoplasmas, die gefolgt ist von einer oberflächlichen Auslaugung, einer Ausschwemmung von Stoffen aus dem Kern und Protoplasma. Schliefslich bleiben allerdings nur noch homogene, kernlose Schollen zurück, die dann unter dem Einflufs des Exsudates jedwede Form anzunehmen geneigt sind.

Parallel mit diesen Veränderungen der in den Blasenraum einbezogenen Epithelien geht die Einwanderung resp. das Auftreten enormer Leukocytenmengen in der Blase, und als Folge des zunehmenden Druckes in derselben kommt eine starke Kompression des am Grunde zurückgebliebenen Epithels zu stande.

Abgesehen von dem zuletzt geschilderten Stadium trifft man sowohl am Grund der Blase, als auch in deren freiem Raume und an der Decke stets Mitosen an, die Zeugen der primären Einwirkung des Giftes auf die Stachelschicht.

In den seitlich von den blasig veränderten Partien der Epidermis gelegenen Teilen kann man Schritt für Schritt die Entstehung neuer Blasen verfolgen, wie wir dieselbe oben geschildert haben.

Die Cutis zeigt beim Hunde nur da Veränderungen, wo bereits Blasenbildung eingetreten ist. Sie ist nach erfolgter Vesikation in dem einen Falle (Protokoll c) nur hyperämisch und ödematös, in dem andern (Protokoll d), wo infolge der besseren Adaption des Kantharidins die Wirkung desselben früher und intensiver eintrat, weist sie aufserdem auch Proliferationserscheinungen im kollagenen Gewebe und in der Umgebung der Gefäfse Mastzellen auf. Weiterhin nimmt die Zahl der letzteren zu, und aufserdem tritt eine reichliche Menge von Leukocyten aus den Gefäfsen aus. Die proliferativen Vorgänge im kollagenen Gewebe scheinen verhältnismäfsig früh ihren Höhepunkt zu erreichen.

1‰ige alkoholische Kantharidinlösung.

f) 4 Tage.

Makroskopisch: Nach 3tägiger Applikation die ersten sichtbaren Veränderungen. Der ganze Bezirk mäfsig rosarot gefärbt und geschwollen. Zwei Stellen ragen über das übrige Niveau hervor. Am Tage darauf an beiden Punkten ausgesprochene Blase.

Mikroskopischer Befund:

Enorme, mehrkammrige Blase, welche die bisher am Hunde beobachteten in allen Dimensionen weit übertrifft. Der Inhalt besteht vorwiegend aus mehr oder weniger degeneriertem Epithel, reichlichem Fibrin und grofsen Pigmentanhäufungen, daneben aus Chromatinresten, Eiweifsbröckeln und Leukocytenhaufen.

Die Decke zeigt im allgemeinen einen welligen Verlauf. Die Hornschicht ist verdickt, pigmentreich und macht an einigen Stellen allein die obere Begrenzung der Blase aus. Zumeist wird sie verstärkt durch mehrere Lagen Stachelzellen, denen eine gleichmäfsige Schwellung des Protoplasmas gemeinsam ist, so dafs die Grenzen sehr undeutlich resp. verwischt sind, während der Kern zwar noch erhalten, aber auch schon in Auflösung begriffen ist. Vielfach sind die Epithelien zu platten, homogenen Strängen komprimiert und umschliefsen dann in Form eines Maschenwerkes Hohlräume, die von Leukocyten und Zelltrümmern erfüllt sind. Aufserdem findet man zwischen den die Decke konstituierenden Elementen viel Pigment, Leukocyten, Zellreste und Fibrin.

Den Blasenraum durchziehen, wie zwischen Decke und Grund ausgespannte, mehrfach ausgeschweifte Bögen, Brücken komprimierten Epithels, dessen Protoplasma homogen, glasig ist; hie und da sind noch Kernreste vorhanden. Daneben trifft man, wie erwähnt, grofse Pigmentmassen, Chromatin, ferner reichlich Fibrin, das teilweise als körnige Masse, teilweise, und zwar hauptsächlich, in Form eines feinen spinngewebartigen Netzes angeordnet ist. Aufserdem findet man noch bröcklige Eiweifsmassen, welche die Fibrinreaktion nicht geben. Die Leukocyten treten meist in Gruppen, speciell in den seitlichen Partien der Blase auf; vielfach sind sie der einzige Inhalt kleinerer Blasen zwischen der obersten Lage der Stachelschicht und Hornschicht resp. abortiven Gebilden in der letzteren. Selbst da, wo sie in maximaler Menge vorhanden sind, treten sie gegenüber dem Fibrin immer noch wesentlich zurück.

Nach unten wird die Blase abgeschlossen durch eine oder einige gut erhaltene Lagen von Epithel, das in der Mitte sehr starke Kompression aufweist, die nach dem Rande hin successive geringer wird, während die Zahl der Epithelschichten zunimmt. Der Übergang in die seitlichen, nicht blasig veränderten Partien geschieht ganz allmählich. An einigen Stellen ist das Epithel auseinandergerissen; die so entstehenden Lücken sind von Leukocyten ausgefüllt.

Die nicht von der Vesikation betroffenen Teile der Epidermis sind insgesamt verdickt, oft auf die zwei- bis dreifache normale Stärke, und enthalten reichlich Mitosen, im wesentlichen in der Stachelschicht, indes auch in der Basalschicht. Auffallend ist der grofse, allen Lagen gemeinsame Gehalt an Pigment. Dasselbe ist entweder in Form feinerer oder gröberer Körner verteilt oder bildet den Inhalt vielverzweigter Pigmentzellen, die in der Stachelschicht, speciell in deren unteren Lagen, ihren Platz haben.

Die Cutis zeigt besonders unterhalb der Blase Ödem. Die Papillen sind an diesen Stellen vielfach abgeflacht, während sie an den übrigen Teilen vollkommen normal sind. Die Gefäfse sind vor allem in der oberen Hälfte in grofser Zahl vorhanden, sind insgesamt erweitert und weisen beginnende Leukocytenauswanderung auf. Das kollagene Gewebe erscheint sehr kernreich und enthält auch vereinzelte Mitosen, deren einige sich auch in den Gefäfsendothelien finden. Plasma- und Mast-

zellen fehlen. In den der Cutis angehörenden Haarteilen begegnet man vielfach Mitosen bis tief hinab. Gröfsere Pigmentanhäufungen fehlen im allgemeinen, nur in den obersten Partien der Cutis trifft man mehr als normalerweise die in der Epidermis in grofser Zahl vorhandenen Pigmentzellen an.

g) 10 Tage.

Makroskopisch: Die Applikationsstelle erscheint nach 3 Tagen rosarot und etwas geschwollen; nach 5 Tagen sieht sie sehr dunkel aus, so dafs sie durch ihre Färbung gegen die Umgebung absticht, und zeigt eine runzlige Oberfläche. Die Pigmentierung nimmt unter geringer Abschuppung bis zur Excision andauernd zu.

Mikroskopischer Befund:

Keine Blase. Die Epidermis ist in toto verdickt und auffallend stark pigmentiert. Es besteht ein gewisser Antagonismus zwischen Pigmentreichtum und der Anzahl der Zellenlagen in der Epidermis. Da, wo die Hornschicht am stärksten ist, die Einwirkung des Giftes also wohl am längsten gedauert hat, ist die Pigmentierung, speciell der Stachelschicht so stark, dafs man die einzelnen Zellgebilde nur schwer voneinander unterscheiden kann. Hingegen sind die weniger pigmentierten Epidermispartien aus mehr Zellenlagen zusammengesetzt, und man kann hier einerseits eine aufserordentlich grofse Zahl von Mitosen in Stachel- und Keimschicht nachweisen, andrerseits beobachten, dafs zahlreiche Pigmentzellen am Rande der Cutis, besonders aber in den unteren und mittleren Schichten der Epidermis liegen, Gebilde, die normalerweise, wenn überhaupt, so weit weniger ausgeprägt und seltener zu finden sind.

Erwähnt sei noch, dafs die Verhornung hier ohne Bildung von Keratohyalin von statten geht. Auf einzelne eigentümliche Veränderungen einiger in Teilung begriffener Stachelzellen soll weiter unten bei Besprechung der am Menschen angestellten Versuche näher eingegangen werden, da dort die Verhältnisse ausgesprochener sind.

Die Cutis weist gegenüber f sehr geringe Veränderungen auf. Der Gefäfs- und Kernreichtum weicht nicht wesentlich von der Norm ab. In den unteren Teilen sind die Gefäfse erweitert, zeigen indes keine Leukocytenemigration, wohl aber trifft man eine Anzahl Mastzellen und einzelne Bindegewebsmitosen in ihrer Umgebung an. Desgleichen bieten auch die in der Cutis gelegenen epithelialen Gebilde Proliferationserscheinungen dar.

An der abnormen Pigmentierung der Haut ist die Cutis nur sehr wenig beteiligt. Deutliche, indes nicht bedeutende Pigmentansammlungen finden sich überall an den Stellen gröfserer Epithel- oder Bindegewebszellengruppen. Der an der Grenze von Cutis und Epidermis gelegenen Pigmentzellen ist schon oben Erwähnung gethan.

Fassen wir jetzt die bei wiederholter Anwendung einer 1‰igen alkoholischen Kantharidinlösung gewonnenen Resultate noch einmal zusammen, so müssen wir von vornherein streng zweierlei unterscheiden. In dem einen Falle (Protokoll f) gelang es uns, durch 4tägige Applikation des Giftes eine Blase hervorzurufen, in dem andern Falle (Protokoll g) konnten wir 10 Tage lang die gleiche Procedur vornehmen, ohne dafs es zur Vesikation kam.

Was zunächst die Blase betrifft, so hat dieselbe wiederum ihren Sitz in der Stachelschicht. Sie ist erfüllt von gleichmäfsig geschwollenem, mehr oder weniger degeneriertem Epithel, ziemlich reichlichem Fibrin und Pigment, sowie Chromatin und Leukocyten. Sie unterscheidet sich von den oben besprochenen Gebilden (Protokolle c und d) wesentlich durch

weit späteres Auftreten und ihren Inhalt; des weiteren übertrifft sie alle mit reinem Kantharidin erzeugten Blasen durch ihre Gröfsendimensionen und ihren ganzen Aufbau. Die Blasenbildung findet hier eben statt in einer schon entzündlich veränderten Oberhaut. Daher werden viel gröfsere Epithelstränge mitabgerissen, daher trifft man auch weit mehr Epithel an der Oberfläche und im Raume in Gestalt komprimierter Brücken an. Das abgehobene Epithel ferner ist, soweit es nicht schon degeneriert ist, mehr gleichmäfsig geschwollen. All die oben erwähnten Bestandteile, in erster Linie Fibrin und Pigment, ferner Chromatin und Leukocyten finden sich hier auch vor, indes in gröfserer Menge, und zwar nebeneinander. Der Gehalt an Leukocyten ist ja in der (unter Protokolle) besprochenen Blase bedeutend gröfser, und es treten dort dieselben so in den Vordergrund, dafs alle übrigen Bestandteile dagegen eigentlich ganz verschwinden.

Die Partien der Epidermis, wo es nicht zur Blasenbildung gekommen ist, befinden sich in Übereinstimmung mit den bei der Anwendung des reinen Kantharidins gemachten Beobachtungen in Proliferation begriffen. Daher ist die gesamte Epidermis verdickt und mit reichlichen Mitosen erfüllt. Neu tritt hinzu eine Vermehrung des Pigmentes, die sich auf alle Lagen der Epidermis erstreckt und sich hauptsächlich äufsert in dem Auftreten multipolarer Pigmentzellen in Stachel- und Keimschicht, zum Teil auch an der Grenze von Epidermis und Cutis.

Die Veränderungen der letzteren entsprechen im grofsen und ganzen den durch Kantharidin in Substanz hervorgerufenen. Sie bestehen hier in Hyperämie, Ödem und Proliferationserscheinungen im kollagenen Gewebe, den Gefäfsendothelien und den der Cutis angehörigen epithelialen Gebilden. Indes scheint hier die Zahl der Gefäfse vermehrt zu sein, während Mastzellen fehlen.

Kommt es trotz mehrtägiger Anwendung der Kantharidinlösung nicht zur Blasenbildung, so tritt bei weiterer Applikation eine starke Pigmentierung der behandelten Stelle auf (Protokoll g), deren Anfänge wir ja auch schon oben (Protokoll f) beobachten konnten. Wir wollen uns hier damit begnügen, auf die wesentlichsten histologischen Veränderungen noch einmal kurz hinzuweisen, die folgende sind: 1. Epithelproliferation, 2. vermehrte Pigmentbildung, 3. Parakeratose, bestehend in einer Verhornung ohne Keratohyalinbildung.

Die Cutis scheint, wenn das Kantharidin einige Zeit auf die Haut eingewirkt hat, gewissermafsen gegen dasselbe refraktär zu sein oder ist, vielleicht durch die verdickte Epidermis, speciell die stärkere Hornschicht, dem weiteren Einfluss desselben nicht so wie im Anfang zugänglich. Denn, wenn sich nach 10tägiger Applikation auch proliferative Vorgänge im kollagenen Gewebe und den Epithelien in der Cutis nach-

weisen lassen, auch in der Umgebung einzelner Gefäfse Mastzellen auftreten, so ist doch die Summe von pathologischen Erscheinungen geringer als nach 4tägiger Anwendung der gleichen Lösung.

Wenn wir jetzt noch einen Vergleich anstellen zwischen den am Hunde und den an den anderen Tieren gemachten Beobachtungen — wobei direkt nur die mit 1‰iger Lösung beim erstern angestellten Versuche in Betracht kommen können —, so gelangen wir zu dem Resultate, dafs der afrikanische Hund weit widerstandsfähiger dem Kantharidin gegenüber ist als die übrigen Tiere. Denn, um zuerst das Meerschwein herauszugreifen, dieselbe Lösung, welche nach mehrmaliger Applikation erst innerhalb 4 Tagen beim Hund Blasenbildung hervorzurufen im stande ist, bewirkt den gleichen Effekt dort schon innerhalb 20 Stunden nach einmaliger Anwendung, eine Differenz, die sich auch im Aufbau der betreffenden Blasen kundgiebt. Beim Meerschwein besteht eben die Wirkung des Kantharidins darin, schnell eine seröse, fibrinreiche Blase hervorzurufen, beim Hund hingegen tritt die blasenbildende Eigenschaft des Giftes erst in zweiter Linie in Aktion, da dasselbe beim Passieren der Epidermis in dieser schon nachweisbare Veränderungen setzt, während wir für solche beim Meerschwein keinen bestimmten Anhalt haben, ohne damit behaupten zu wollen, dafs dieselben nicht vorhanden gewesen sein könnten.

Durch die mitosenbildende Eigenschaft des Kantharidins wird eine enge Beziehung zum Kaninchen geschaffen, bei dem auch die proliferativen Vorgänge in der Epidermis im Vordergrund stehen. Bei den letzteren Befunden könnte man über das kausale Moment noch im Zweifel sein, da einerseits doch das Chloroform-Kantharidin-Harzgemisch in Anwendung gezogen war, worin man immerhin dem Chloroform von vornherein eine gewisse Bedeutung nicht absprechen kann, andererseits klinisch nachweisbar Hyperämie und Ödem voraufgegangen war, pathologische Erscheinungen, denen ganz oder wenigstens teilweise die erwähnten proliferativen Vorgänge zugeschrieben werden könnten. Beim Hund ist indes nur Kantharidin in Substanz resp. die alkoholische Lösung in Anwendung gezogen, zudem fehlte bei den Versuchen, auf die wir im wesentlichen unsere Hypothese in betreff des primären Einflusses auf die Epidermis stützen, klinisch wie histologisch Hyperämie und Ödem, so dafs an der Eigenschaft des Kantharidins, proliferative Vorgänge direkt zu bewirken, wohl nicht gezweifelt werden kann. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, dafs hauptsächlich dem relativ geringen Gefäfsgehalt der Cutis die Möglichkeit dieser Beobachtung beim Hunde zuzuschreiben ist.

Um schliefslich auch noch die an der Katze gemachten Erfahrungen zu berücksichtigen, sei hervorgehoben, dafs dieselbe einerseits weit schneller

und heftiger auf das Kantharidin reagiert und dafs der gröfseren Empfindlichkeit des Epithels entsprechend dasselbe auch schon sehr früh stark degeneriert gefunden wird, andererseits aber das zurückgebliebene Epithel aufserordentlich früh verhornt.

V. Mensch.

Die Versuche beim Menschen wurden zum Teil in derselben Weise, wie beim Hund, und zwar sämtlich am Vorderarm angestellt. Aufser dem reinen Kantharidin kam indes hier für eine einmalige Applikation noch das Chlorform-Kantharidin-Harzgemisch zur Verwendung, und um einen chronischen Effekt zu erzielen, blieb ein Stück eines 1‰igen Kantharidinpflasters während einiger Tage an derselben Stelle liegen. (Selbstverständlich haben wir bei allen unseren histologischen Untersuchungen auch auf eventuell vorkommende Bakterien geachtet, ohne indes etwas Wesentliches nachweisen zu können; denn es war, ohne künstliche Fehlerquellen einzuführen, nicht möglich, die betreffenden Stellen vor der Applikation des Kantharidins aseptisch zu machen resp. später zu erhalten).

Kantharidin in Substanz.

a) Verfasser; 3½ Stunden.

Makroskopisch keine Veränderungen wahrnehmbar. Beim Abnehmen des Guttaperchapapiers haftet der gröfste Teil des Kantharidins fest an diesem an. Es mufs daher wohl angenommen werden, dafs das Gift nur sehr wenig, eventuell gar nicht mit der Haut in Berührung gekommen ist.

Mikroskopischer Befund:

Vereinzelte Mitosen; nichts bestimmt Pathologisches nachweisbar.

b) Herr X.; 4 Stunden.

Makroskopisch: Kleine, seröse Blase auf einem Grund, der weder deutliche Schwellung noch Rötung zeigt.

Mikroskopischer Befund:

Vollständig ausgebildete, einkammrige Blase, deren Decke und Grund streng voneinander geschieden. Der wesentlichste Inhalt ist bröckliges, wenig fädiges Fibrin. Decke: Aufgequollene Hornschicht, Körner- und eventuell Stachelschicht, deren Zellen einzeln, in Haufen oder mehreren Lagen vorhanden sind. Zumeist trennt aber eine starke Schicht körnigen Fibrins die letzteren, dann den Blasenraum erfüllenden Gebilde von der oberen Begrenzung. Man gewinnt hier den Eindruck, als ob das Odem, ohne eine Zerreifsung der intercellularen Brücken in der Stachelschicht herbeizuführen, sich schnell bis zur Körnerschicht ausgebreitet und infolge des hier vorgefundenen Widerstandes eine Trennung der Zellen in der Weise bewirkt hätte, dafs nach oben die Horn- und Körnerschicht, nach unten die Stachelschicht gedrängt wurde.

Die Zellen der letzteren, welche sich an der Bildung der Decke beteiligen, sind teilweise noch gut erhalten, teilweise mehr oder minder verändert. Sie erscheinen im letzteren Falle ödematös, mit homogenem Protoplasma ausgestattet; der Kern ist bisweilen in Auflösung begriffen, der Stachelpanzer vielfach verloren gegangen. In den Haufen, welche noch am wenigsten degeneriert sind, trifft man wiederum Zellen an, welche auf proliferative Vorgänge hinweisen. Es sind dies Gebilde, die sich durch

einen grofsen, aufgehellten, kugelförmigen Kern auszeichnen, während vom Protoplasma als solchem nur noch wenig übrig geblieben ist. Das Chromatin in diesen Zellen ist vermehrt und entweder in Form von groben, zahlreichen Körnern oder Schleifen angeordnet, die beide dann den Kernraum ausfüllen. Hie und da finden sich auch Gebilde, in denen das Chromatin als ein dichter Knäuelballen auf der einen Seite liegt, während die Umgebung deutlich aufgehellt ist.

Am Grunde sind ebenfalls einzeln liegende oder in unregelmäfsigen Haufen und Lagen gruppierte Stachelzellen vorhanden, bisweilen ist das Epithel ganz auseinandergedrängt oder abgehoben, so dafs die Cutis frei in den Blasenraum hineinragt. In den Zwischenräumen Fibrin, bröcklige Eiweifsmassen, Chromatin. Die Zellen selbst unterscheiden sich nur wenig von den an der Decke befindlichen. Auch hier begegnet man wiederum in Proliferation begriffenen Gebilden, nur in noch gröfserer Menge. Im Gegensatz dazu haben andere Zellen den gröfsten Teil ihres Chromatins schon eingebüfst.

Die seitliche Begrenzung der Blase ist nicht scharf ausgesprochen. Hier trifft man alle Übergänge vom intercellularen Ödem bis zur fertigen Blase. Die der Cutis aufsitzenden Zellen haben ihre normale Stellung und Form verloren und zeigen beginnendes Ödem; aufserdem findet man auch hier reichlich Mitosen in der Stachel- und Keimschicht. Die Zellen der ersteren sind wiederum einzeln oder in Ballen abgehoben; in den dadurch entstandenen Hohlräumen liegen ansehnliche Mengen von bröckligen Eiweifsmassen, Chromatin und vereinzelte Leukocyten, auf die man auch hie und da in der Blase selbst stöfst.

Bisweilen sind zwischen den Stellen, welche den Beginn der Blasenbildung aufweisen, ganze Strecken Epithels erhalten geblieben, die selbst kein Ödem aufweisen, wohl aber durch die ödematöse Cutis komprimiert sind.

Was die letztere selbst betrifft, so ist die Oberfläche der Papillen unterhalb der Blase etwas abgeflacht, und die Grenzen der einzelnen gegeneinander sind weniger scharf als normalerweise ausgesprochen. Danach scheint es hier zur Vesikation gekommen zu sein, ehe ein starkes Ödem der Cutis sich ausbilden konnte. Die Blutgefäfse, deren Endothelien mehrfach geschwollen und stark granuliert erscheinen, sind erweitert und mit Leukocyten angefüllt, von denen einige auch schon in das angrenzende Gewebe ausgetreten sind. Aufserdem finden sich in demselben auch hypertrophische Bindegewebs-, Plasma-[1] und einige Mastzellen. Das übrige kollagene Gewebe zeichnet sich ebenfalls durch grofsen Kernreichtum aus. In einem Haare ist ebenfalls Blasenbildung zu beobachten.

Das Kantharidin in Substanz führt also beim Menschen innerhalb weniger Stunden zur Bildung einer an bröckligem Fibrin reichen, an Leukocyten aufserordentlich armen Blase. Die dabei beteiligten Stachelzellen erleiden schon früh gewisse Veränderungen, sei es direkt unter dem Einfluls des Kantharidins, sei es indirekt unter der Einwirkung des Exsudates. Sie verlieren einerseits ihre normale Form, andererseits ihre färbbare Substanz, welche durch den Exsudatstrom ausgeschwemmt wird, während das Protoplasma in eine homogene, glasige Substanz umgewandelt wird. Dieser Destruktion gegenüber gelingt es aber auch mit Sicherheit nachzuweisen, dafs lebhafte Mitosenbildung in der Stachel- und Keimschicht ent-

---

[1] Siehe hierzu: P. G. Unna, Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. No. 7.

weder der Blasenbildung voraufgegangen oder gleichzeitig mit ihr aufgetreten ist, zwei Möglichkeiten, von denen nach unseren bisherigen Erfahrungen zweifellos wohl die erstere die gröfsere Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Die Cutis ist beteiligt mit Hyperämie, Ödem und Veränderungen im kollagenen Gewebe, die sich äufsern durch grofsen Kernreichtum, Auftreten hypertrophischer Bindegewebszellen sowie Plasma- und Mastzellen.

Von einer Verwertung des Protokolls a glauben wir aus dem oben angegebenen Grunde absehen zu müssen.

1‰iges Chloroform-Kantharidin-Harzgemisch.

c) Herr X.; ¾ Stunden.

Makroskopische Veränderungen fehlen.

Mikroskopischer Befund:

In Stachel- und Keimschicht vereinzelte Mitosen. Daneben einige vergröfserte Zellen mit zusammengeballtem Chromatin.

d) Verfasser; 3 Stunden.

Makroskopisch objektiv nichts nachweisbar. Keine subjektiven Beschwerden.

Mikroskopischer Befund:

Keine Blase vorhanden. Bei stärkerer Vergröfserung fallen regelmäfsig Veränderungen in der Stachel- und Keimschicht auf. Einige Zellen, zum Teil sehr hoch in der ersteren gelegen, sind in toto vergröfsert; das Protoplasma ist aufgehellt, der Kern von kugliger Gestalt, das Chromatin in zahlreichen grofsen Körnern, vielfach auch in deutlichen Fäden, Schleifen und Knäueln angeordnet. Es finden sich also Mitosen in pathologischer Menge vor, und zwar sind dieselben auf die Stachel- und Keimschicht in der Weise verteilt, dafs die Zahl derselben in der ersteren gröfser ist als in der letzteren. Tochterzellen trifft man nur sehr spärlich und allein in der Keimschicht an. Kein Ödem der Epidermis.

Die Bindegewebskerne sowie die Gefäfsanordnung in der Cutis treten sehr deutlich hervor, ohne dafs Leukocytenauswanderung besteht. Im kollagenen Gewebe und in den Gefäfsendothelien der Papillarschicht in einem Präparat einige Mitosen. Auffallend ist, dafs beide einerseits einander, andererseits den Stellen der Epidermis benachbart sind, welche die erwähnten Zellformen aufweisen. Kein Ödem.

e) Herr X.; 1½ Stunden.

Makroskopisch: Zweifelhafte, kleine, knopfförmige Erhebung innerhalb der Applikationsstelle.

Mikroskopischer Befund:

An verschiedenen Stellen Beginn der Blasenbildung und zwar zumeist in den obersten Lagen der Stachelschicht. Es finden sich hier mehr oder minder grofse Lücken, dadurch entstanden, dafs die Epithelien in ihrem Zusammenhang gelockert sind oder denselben vollständig eingebüfst haben. Die Hohlräume sind ausgefüllt durch bröcklige Eiweifsmassen und Chromatinkörner, sowie durch die losgerissenen Zellen selbst. Die letzteren erscheinen teilweise noch normal, gröfstenteils sind sie aber verändert. Das Protoplasma ist dann homogen geschwollen, der Stachelpanzer verloren gegangen, während der Kern ebenfalls etwas vergröfsert, aber schwach tingiert ist, also von seinem Chromatin schon verloren hat. Daneben trifft man aber auch hier wieder Zellen an, welche sich durch die oben angegebenen Merkmale auszeichnen. Aufserdem liegen dieselben auch in den tieferen Stachelzellenlagen und in der Keimschicht. Bemerkt sei, dafs in diesen Partien keine Anzeichen von Ödem aufzufinden sind.

Die Cutis läßt keine bedeutenden Veränderungen wahrnehmen. Ödemerscheinungen sowie Leukocytenemigration fehlen gänzlich. In einem Haar, welches in einigen Schnitten liegt, ist ebenfalls blasige Abhebung vorhanden, die indes wohl ein Kunstprodukt ist.

f) Verfasser; 7 Stunden.

Makroskopisch: Die ersten Anzeichen von Blasenbildung ohne deutliche, wesentliche Hyperämie nach circa 4 Stunden. Excision nach 7 Stunden vom Moment der Applikation an gerechnet.

Mikroskopischer Befund:

Ausgedehnte Blase, welche die verschiedensten Stadien der Entwickelung aufweist. Im großen und ganzen ist dieselbe einkammrig; immerhin ist ihre Decke an einzelnen Stellen am Boden fixiert. Die letztere ist an den Punkten, welche die Höhe des Processes darstellen, von verschiedener Stärke. Überall ist die Horn- und Körnerschicht erhalten, an die sich die Stachelzellen, soweit sie sich überhaupt an der Bildung der Blasendecke beteiligen, einzeln oder zu kleineren und größeren Ballen angeordnet anschließen. Bei schwacher Vergrößerung lassen sich weiter dunkler und heller gefärbte Zellen und Gruppen von solchen unterscheiden, die ihrerseits wiederum teils als geschlossene, kompakte Massen erscheinen, teils von Lücken unterbrochen sind. Die größten Haufen sind aus 4 und mehr Zellenlagen zusammengesetzt, die kleineren lassen nur 1—2 solcher erkennen.

Die normal gefärbten Zellkomplexe bestehen aus Stachelzellen, die im allgemeinen nur wenig verändert sind. Ihr Protoplasma ist mäßig geschwollen, und die Grenzen der einzelnen Gebilde gegeneinander sind infolge des Ödems zumeist etwas undeutlich. Einige derselben zeichnen sich vor den übrigen dadurch aus, daß ihr Kern kuglig, aufgebläht und ohne deutliche Kernmembran ist, während gleichzeitig das Chromatin vermehrt und in Form zahlreicher dicker Körner angeordnet ist, die hie und da auch durch deutliche Schleifen verbunden sind.

In den Partien, welche bei oberflächlicher Betrachtung durch ihre hellere Tinktion hervortreten, kann man die weitere Degeneration der Stachelzellen verfolgen. Sie nehmen mit der Zeit an Schwellung zu, verlieren die normalen Konturen und büßen den Zusammenhang untereinander vollkommen ein, während die Kerne ganz allmählich ihr Chromatin abgeben, das durch die sie umgebende seröse Flüssigkeit ausgeschwemmt und in Form feiner Körner überall im Blasenraume abgelagert wird. Auch unter diesen Gebilden trifft man in Auflösung begriffene Mitosen an. Schließlich bleiben homogene, schollenartige Elemente zurück, die an Stelle des früheren Kernes nur noch ein heller gefärbtes Centrum erkennen lassen. Allmählich schließen sich diese Schollen zu größeren Flächen oder bandartigen Streifen zusammen, an denen hie und da noch die Entstehung aus einzelnen Zellen deutlich sichtbar ist und die, speciell am Rande, noch bisweilen staubförmige Chromatinreste aufweisen.

Der Blasengrund wird zum größten Teil von epithelbedeckten Papillen gebildet, nur an wenigen Stellen ragen dieselben ihrer Epithelbekleidung gänzlich beraubt frei in den Blasenraum hinein. Die erhaltenen Epithelien sind teils nur in einer, teils — und dies ist der häufigere Befund — in zwei und mehr Lagen vorhanden. An einigen Punkten ist das Epithel in mehr oder weniger kugelförmigen Haufen gruppiert, die mit einem Teil der Peripherie der Cutis aufsitzen, im übrigen aber frei im Blasenraume liegen. Dieselben sind, abgesehen von den Randpartien, meist völlig normal.

Was die einzelnen, am Grunde befindlichen Epithelien betrifft, so sind dieselben nicht wesentlich verändert. Hie und da finden sich ödematöse Partien, innerhalb deren die Zellen dann auch mehr oder weniger die oben beschriebenen Veränderungen aufweisen. In allen Teilen, besonders aber unter der Mitte der Blase, trifft man in

der Stachel- und Keimschicht Mitosen an, die mehrfach auch schon durch das Ödem verändert sind.

Nach dem Blasenraum hin schliefsen sich an die den Boden bildenden Epithelien in Fäden und Schollen angeordnete, degenerierte Stachelzellen an, die vielfach noch Kernreste und Leukocyten enthalten.

Im Blasenraum selbst kann man sämtliche Übergänge vom normalen zum völlig degenerierten Epithel beobachten. Man begegnet da zunächst grofsen, rundlichen oder auch länglichen, vollkommen frei liegenden Gruppen von Stachelzellen, ferner Epithelhaufen, die von einem Vorsprung der Decke zum anderen ziehen und so gewissermafsen sekundäre Blasen abschnüren. Des weiteren wird der Blasenraum ausgefüllt von den schon beschriebenen, homogenen Massen, die einesteils an die Decke, anderenteils an den Grund, vielfach auch an die losgelösten Zellengruppen sich anreihen. An einigen Punkten bilden sie auch direkte Verbindungsbrücken zwischen oberer und unterer Begrenzung der Blase, ferner zwischen einzelnen Vorsprüngen der ersteren, sowie freiliegenden Zellen einerseits und Decke und Grund andrerseits. Der Degenerationsmodus der Zellen ist der oben beschriebene.

Bei Durchmusterung der Blase findet man auch an einzelnen Stellen Leukocyten, indes ist ihre Zahl selbst da, wo sie in maximaler Anhäufung vorhanden sind, nur gering. In der Blasendecke liegen sie vereinzelt zwischen den Epithelien in den Zellenhaufen, die eben die ersten Anfänge der Degeneration zeigen. Andere Wanderzellen wiederum sind umgeben von schon weiter veränderten Zellen und befinden sich des öfteren in sekundären Blasen, die oben von Horn- und Körnerschicht, nach dem Blasenraum hin von fest aneinanderliegenden, aufgequollenen Stachelzellen begrenzt werden. Es hat den Anschein, als ob diese Leukocyten zunächst mit dem Exsudatstrom durch die erweiterten, interepithelialen Spalten an jene Stellen befördert seien, worauf dann durch Quellung der Epithelien der Weg, auf dem sie eingedrungen, verschlossen wäre. Die reichlichsten Mengen von Leukocyten enthalten die Epithelmassen, welche am stärksten degeneriert sind. Hier liegen sie teils zwischen den veränderten Zellen, teils — und dies ist gewöhnlich der Fall — sind sie in die homogenen Gebilde eingebettet. Es kommt hier vielfach durch Zusammenlagerung mehrerer Leukocyten zu eigentümlichen bandartigen, kreis-, hufeisen-, wurstförmigen und ähnlichen Gebilden, wie solche seiner Zeit von Unna als direkte Zerfallsprodukte der Epithelien beschrieben worden sind. Daneben begegnet man überall in der Blase in feiner Verteilung den ausgeschwemmten Chromatinmassen und Eiweifsbröckeln sowie Fibrin.

Die vorhandenen Mengen des letzteren sind nirgends sehr grofs. Am meisten davon enthalten die am stärksten entwickelten Blasenstellen. Es findet sich in Form feiner Fäden oder als ein Netz von solchen am Grunde, in der Mitte und an der Decke der Blase, und zwar immer im Anschlufs an einzelne Zellenkomplexe, die es vielfach brückenartig verbindet. In den am höchsten gelegenen Blasenteilen ist es ein regelmäfsiger Begleiter der aus degenerierten Zellen gebildeten Brücken und flächenartigen Gebilde.

Wenn man die oben beschriebene Degeneration der Stachelzellen, die in einer Homogenisierung des Protoplasmas und in einer Schritt für Schritt verfolgbaren Auslaugung der färbbaren Zellsubstanzen besteht, nach den dabei hervortretenden tinktoriellen Differenzen verfolgt, so kann man dabei folgendes beobachten:

Je mehr die Zellen sich verändern, um so mehr nehmen sie in Hämatoxylin-Orcein-Präparaten anstatt der Hämatoxylin- die Orceinfärbung an.

In den Methylenblau-Alkohol-Präparaten wird der normalerweise intensiv blau gefärbte Kern mit dem Fortschreiten der Degeneration immer blasser. Nur der, resp. die Kernkörper und das Chromatinnetz bewahren ziemlich lange eine stärkere Tinktionsfähigkeit. Schliefslich verlieren auch sie die Farbe, nur an einigen Stellen finden sich noch Reste von ihnen in Form eines feinen Netzes oder einer mattblauen Tüpfelung, die beide indes mit der Zeit auch ganz verschwinden.

In den Methylenblau-Orange-Präparaten färbt sich die normale Epithelzelle wie sonst bei Methylenblau-Alkoholfärbung. Beginnt sie nun zu degenerieren, so zeigt der Kern und das Kernkörperchen zunächst noch keine Färbungsdifferenz, wohl aber nimmt das aufgequollene Protoplasma einen gelblichen Ton an. Allmählich hellt sich auch der Kern auf und wird immer matter gefärbt; schliefslich bewahrt nur noch das Chromatin einen leicht bläulichen Ton, die übrige Kernmasse hingegen hat eine gelbliche Färbung angenommen. Die Zeichnung der körnigen Kernbestandteile wird immer feiner und feiner und geht durch das Stadium der Tüpfelung zu vollkommener Homogenisierung über.

Die letztere Methode erfordert sehr grofse Übung und ist daher, so gute Resultate sie auch bei exakter Ausführung liefern mag, für einen ausgedehnteren Gebrauch nicht zu empfehlen.

Die Partien der Epidermis, welche seitlich von der grofsen Blase liegen, zeigen an mehreren Stellen beginnende Vesikation. Die von derselben gänzlich verschont gebliebenen Teile sind vollkommen normal, abgesehen davon, dafs sie regelmäfsig mehrere Mitosen und zwar meist in der Stachelschicht aufweisen.

Die Cutis ist stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Papillarschicht ist ödematös, so dafs die normale scharfe Begrenzung einerseits zwischen dem äufsersten Papillensaum und dem Epithel fehlt, andrerseits zwischen den einzelnen Papillen, mit Ausnahme einiger Stellen, verwischt ist. Hier bildet dann die Oberfläche mehrerer, früher voneinander getrennter Papillen fast eine gerade Linie.

Die Gefäfse der Papillarschicht und der Cutis sind sämtlich erweitert. In den meisten derselben sind die Leukocyten in Auswanderung begriffen, auch an den Stellen, wo das Deckepithel noch nicht blasig verändert ist.

Die Kerne des kollagenen Gewebes treten deutlicher als normalerweise hervor. Vielfach sind die Zellen geschwollen und hypertrophisch. In der Umgebung der Blutgefäfse, und zwar in der ganzen Breite der Cutis, besonders aber unterhalb der Blase trifft man neben einer spärlichen Zahl von Mastzellen in geringer Menge Plasmazellen an.

Das Elastin ist homogen geschwollen und speciell in der Papillarschicht zu zusammengerollten, klumpigen Massen degeneriert.

g) Verfasser; 22 Stunden.

Auftreten der Blase nach circa 6, Excision nach 22 Stunden.

Mikroskopischer Befund:

Grofse, einkammrige Blase. Scharfe Trennung zwischen Decke und Grund, die beide nur allein noch deutlich erkennbare Epithelien aufweisen. Die obere Begrenzung zeigt mehrfach Einsenkungen, die seitliche ist scharf ausgebuchtet und wird durch

komprimiertes Epithel gebildet. Der Grund wird zumeist von abgeflachten, streckenweise indes auch noch von erhaltenen Papillen dargestellt.

Die Decke, im allgemeinen wellig gestaltet, besteht aus der gequollenen Hornschicht, der Körnerschicht, die jedoch nur an den Stellen der geringsten Degeneration vorhanden ist, und der Stachelschicht, deren Zellen zum gröfsten Teil bereits untergegangen sind. Zumeist sind sie in die oben beschriebenen, vollkommen homogenen Schollen oder durch Kompression dieser in fädige Massen umgewandelt. Bisweilen ist der Kern noch erhalten, während das Protoplasma schon entartet ist. Daneben trifft man Fibrin, Chromatin sowie Leukocyten, teils einzeln zerstreut, teils — immerhin seltener — in gröfseren Anhäufungen.

Am Grunde begegnet man, wie bei f, teilweise nackten Papillen, teilweise Resten von Epithel. Das letztere, in allen Stadien der Auflösung vorhanden, ist infolge des gleichzeitigen Druckes von oben und unten an den meisten Stellen stark komprimiert. Vereinzelte Leukocyten.

Der Blasenraum ist erfüllt von Wanderzellen, reichlichem fädigen Fibrin und den Zerfallsprodukten der Epithelien. Die letzteren sind hier zumeist in eine krümlige Masse umgewandelt, während die bandartigen, homogenen Gebilde fast ganz fehlen.

In den seitlich von der Blase gelegenen Teilen der Epidermis finden sich keine blasigen Veränderungen, wohl aber reichlich Mitosen in der Stachelschicht, bisweilen 10 und mehr in einem Gesichtsfeld.

Die Cutis ist ödematös und in Proliferation begriffen: Mitosen, hypertrophische und ödematöse Bindegewebszellen. Die Papillen sind bis auf geringe Reste ausgezogen, die Gefäfse erweitert und umgeben von einer mäfsigen Zahl von Leukocyten, Mast- und Plasmazellen. Das Elastin ist wiederum schollig degeneriert.

Um die wesentlichsten Unterschiede gegenüber f hervorzuheben, sei kurz folgendes angeführt: Einheitlichere Bildung der Blase: alle von der Vesikation betroffenen Partien sind in eine grofse Blase einbezogen; stärkere Epithelentartung; mehr Leukocyten und Fibrin; mehr elastisches Gewebe degeneriert; seitlich Regeneration.

Während es, um jetzt ein Resumé über die zuletzt mitgeteilten Beobachtungen zu geben, nicht möglich war, auf Grund der Protokolle Va und Vb, welche die mit Kantharidin in Substanz am Menschen angestellten Versuche betreffen, mit Sicherheit den Ort der primären Einwirkung des Giftes anzugeben, können wir nach den Aufschlüssen, welche die mit dem Chloroform-Kantharidin-Harzgemisch ausgeführten Untersuchungen liefern, uns ein Bild von der Wirkungsweise des Kantharidins vom ersten Moment seines Inkrafttretens an entwerfen.

Zunächst finden wir die individuell verschiedene Empfindlichkeit gegenüber dem Gifte vollauf bestätigt. Denn bei der einen Person waren die ersten Anzeichen der Blasenbildung bereits nach $1^1/_2$, bei der andern in dem einen Falle nach circa 4, in dem anderen sogar erst nach 6 Stunden wahrnehmbar. Wenn vielleicht auch der Einwurf gestattet ist, dafs eventuell verschiedene Mengen des Giftes appliciert sein könnten, so spricht sich doch die Differenz inbetreff der Empfänglichkeit auch durch die Verschiedenheit der primären histologischen Veränderungen aus.

Die am frühesten excidierten Präparate beweisen indes gemeinsam die Thatsache, dafs, wie beim afrikanischen Hund, so auch beim Menschen

das Kantharidin seine erste Wirkung in dem Deckepithel entfaltet. Dieser Einfluſs äuſsert sich, falls die Versuchsperson eine weniger empfängliche Haut besitzt, durch Anregung proliferativer Vorgänge in der Stachel- und Keimschicht, ja es scheint, als ob das Gift, wenn es längere Zeit, ohne zur Vesikation zu führen, auf die Haut einwirken kann, bisweilen bis in die Papillarschicht eindringt, um auch dort im kollagenen Gewebe und Gefäſsendothel Mitosen hervorzurufen (Protokoll d). Ist hingegen die betreffende Person gegen das Kantharidin sehr empfindlich, so treten die proliferativen Vorgänge sehr in den Hintergrund, und es kommt früher zur Blasenbildung (Protokoll e). Die ersten Anfänge derselben findet man in den oberen Lagen der Stachelschicht und zwar unter dem Bilde kleiner, unregelmäſsiger Räume, die von bröckligen Eiweiſsmassen, Chromatinkörnern und den primär befallenen Zellen ausgefüllt werden. Die letzteren sind schon früh, in unserem Falle (Protokoll e) bereits nach $1^1/_2$stündiger Einwirkung des Kantharidins, derart verändert, daſs das Protoplasma homogen und der Stachelpanzer zumeist verloren gegangen, während der Kern getrübt und schwächer tingiert ist. In einigen Zellen, die aber auch schon in Auflösung begriffen sind, ist das Chromatin vermehrt und derart angeordnet, daſs man in Zerfall befindliche Mitosen vor sich zu haben glaubt.

Über die Entstehung dieser Blasen kann man zunächst im Zweifel sein. Es sind zwei Möglichkeiten vorhanden. Entweder sind die Lücken im Deckepithel zurückzuführen auf einen direkten Epithelzerfall, eine Annahme, für die man die vorgefundenen Eiweiſsbröckel, die Chromatinmassen sowie die degenerierten Zellen als Beweis anführen kann. Oder man könnte sich den Vorgang in der Weise erklären, daſs die Zellen durch pathologisches Serum auseinandergedrängt wären. Immerhin müſsten hierzu wohl ganz minimale Mengen des letzteren hinreichend gewesen sein, da die unter den befallenen Partien gelegenen Stachelzellen sowie die Cutis absolut keine Zeichen von Ödem aufweisen. Zu Gunsten der letzteren Hypothese lieſse sich die Thatsache anführen, daſs es die normalerweise schon hinfälligeren, oberen Stachelzellenlagen sind, in denen zunächst die Blase sich etabliert. Gleichwohl muſs immer noch zur vollständigen Erklärung des Befundes ein andres kausales Moment herangezogen werden, und dieses finden wir in der primären Beeinflussung, d. h. Schädigung des Deckepithels durch das Kantharidin. Um aber diese Auffassung mit der Thatsache in Einklang zu bringen, daſs da, wo die Blasenbildung langsamer eintritt, deutliche proliferative Vorgänge der Vesikation vorangehen, müssen wir annehmen, daſs das Kantharidin zunächst in geringer Menge in die Epidermis eindringt und eine Anzahl Stachelzellen zur Mitosenbildung anregt, daſs aber, wenn allmählich immer mehr und mehr Gift resorbiert und den Stachelzellen zugeführt wird, an

die Stelle der proliferativen Vorgänge solche destruktiven Charakters treten.

Als Stütze für diese Ansicht wollen wir einige, den unseren parallele Beobachtungen anführen, die von CORNIL und TOUPET[1] gelegentlich experimenteller Untersuchungen über Kantharidin an Kaninchen und Meerschweinen gemacht worden sind. Die genannten Forscher konnten nämlich, falls sie wiederholt sehr kleine Mengen des Giftes den Tieren subkutan applicierten, in der Niere, und zwar bis zum 8. Tage nach der Vergiftung, im Endothel der Glomerulusschlingen, der Kapillargefäfse, vor allem aber im Epithel der gewundenen Harnkanälchen Mitosen nachweisen. Hingegen beobachteten sie bei Applikation von Giftmengen, die innerhalb weniger Stunden zum Tode führten, abgesehen von einem fädigen, mit Kernen untermischten, vom Fibrin deutlich verschiedenen Exsudat zwischen den Schlingen der Glomeruli und der BOWMANschen Kapsel, nur regressive Veränderungen, bestehend in Schwellung und Nekrose der Epithelien der Harnkanälchen.

Das Kantharidin ist also, wie man auch immer die Genese der Blase deuten mag, ein direktes Protoplasmagift. Es führt zur Erweichung des Protoplasmas, zu einem Zellzerfall im Deckepithel zu einer Zeit, wo klinisch und histologisch Ödem in der Epidermis und Cutis fehlt. Ob trotzdem ein verstärkter Serumstrom für den Anfang beteiligt ist, wollen wir dahingestellt sein lassen. Ebensowenig konnten wir klinisch ausgesprochene, der Blasenbildung voraufgehende Hyperämie nachweisen. Wenn eine solche vorhanden war, mufs sie sicher nur sehr gering gewesen sein; histologisch finden sich keine Anzeichen derselben.

Was nun den weiteren Ausbau der Blase betrifft, so geben die Protokolle f und g darüber Aufschlufs. Ist es einmal zum Beginn der Blasenbildung gekommen, so tritt ein starker Serumstom mit grofser Mächtigkeit aus der Cutis in die Epidermis ein und macht dort auf gröfsere Strecken seinen zerstörenden Einfluſs geltend. Wie bedeutend derselbe ist, geht wohl aus der Thatsache hervor, dafs ganze Lagen und Ballen von Stachelzellen in toto fast unversehrt abgehoben und erst, wenn sie längere Zeit vom Serum umspült sind, von diesem ausgelaugt werden. Aufserdem liegt die Cutis hie und da ganz frei von Epithel; dasselbe mufs daher wohl mit grofser Gewalt abgehoben sein.

Untersucht man eine Blase einige Stunden nachdem sie makroskopisch deutlich wahrnehmbar war, so findet man neben degeneriertem Epithel auch zahlreiche Zeugen proliferativer Vorgänge in der Epidermis, und

---

[1] CORNIL et TOUPET, Sur la karyokinèse des cellules épithéliales et de l'endothélium vasculaire observée dans le rein à la suite de l'empoisonnement par la Cantharidine. *Arch. de physiol. norm. et pathol.* 1887. III. Série. Tome X. Paris, G. Masson.

zwar sowohl in den Partien, die von der Vesikation ergriffen, als auch denen, die nicht blasig verändert sind. Man trifft einzelne Mitosen in den Zellkomplexen, die fast unversehrt an die Decke gedrängt oder in den Blasenraum hineingerissen sind; ferner begegnet man denselben mehrfach in den Stachelzellenlagen, die am Grunde zurückgeblieben sind. Vielfach sind die letzteren schon in Auflösung begriffen, während sonst die stärkere Degeneration immer den höheren Lagen entspricht.

Wenn wir jetzt zunächst einmal das weitere Schicksal des Epithels verfolgen, so gehen allmählich die primär befallenen Zellen sowie der gröfste Teil der Epithelien zu Grunde, die bei dem ersten starken Serumaustritt in die Blase einbezogen sind. Die letzteren werden ödematös, ihr Protoplasma wird homogen, die färbbare Kernsubstanz geht allmählich verloren, schliefslich bleiben sie als kernlose Schollen zurück, die sich ihrerseits zu flächen- und bandartigen Gebilden zusammenschliefsen, später aber noch weiter in bröcklige Massen zerfallen. So kommt es, dafs alle die Epidermisteile, welche überhaupt blasig verändert sind, in einem grofsen Raum vereinigt werden, in dem, wie ein Einblick in das Protokoll f lehrt, wohl infolge des steten Serumzuflusses ein bedeutender Druck herrscht. Die obere und untere Begrenzung der Blase sind dann scharf voneinander getrennt, die seitlichen Wände deutlich ausgebuchtet und die am Grunde zurückgebliebenen Reste von Deckepithel stark komprimiert. Gleichzeitig treten in den seitlichen, nicht von der Vesikation ergriffenen Partien, in unserem Falle schon 22 Stunden nach der Applikation des Kantharidins, lebhafte proliferative Vorgänge auf, welche den erlittenen Epithelverlust zu ersetzen bestimmt sind.

Um auch auf die übrigen Bestandteile der Blase näher einzugehen, so sei dem Exsudat noch einige Aufmerksamkeit gewidmet. Schon oben war die vorwiegend resp. fast rein seröse Beschaffenheit desselben hervorgehoben. Denn die Zahl von Leukocyten, welche man in einer Blase circa 3 Stunden nach ihrem makroskopischen Erscheinen antrifft (Protokoll f), ist im Verhältnis zur Gröfse der befallenen Partien sowie gegenüber der Menge des degenerierten Epithels u. s. f. aufserordentlich gering. Am meisten davon, und zwar in Form hufeisen-, band- und wurstförmiger Gebilde, enthalten die am stärksten veränderten Epithelmassen. Bei weiterem Fortbestand der Blase nimmt die Zahl der Leukocyten in demselben Mafse zu, wie die Degeneration des Epithels fortschreitet, so dafs man zur Zeit, wo die Regeneration schon begonnen hat, hie und da gröfsere Anhäufungen an der Decke findet.

Ähnlich ist es mit dem Fibrin. Anfänglich ist dasselbe nur sehr spärlich vorhanden und tritt dann immer im Anschlufs an einzelne Zellenkomplexe entweder in Form einzelner Fäden oder als ein Netz von solchen auf. Mit der Zeit vermehrt es sich jedoch, und zwar weit be-

deutender, als die Anzahl der Leukocyten zunimmt, so dafs die letzteren immer noch weit zurückbleiben.

Was die Beteiligung der Cutis anbelangt, so finden wir, wenn wir auf die am frühesten excidierten Stadien zurückgehen, dafs histologisch zunächst keine Erscheinungen von Hyperämie und Ödem nachweisbar sind. Die einzigen Veränderungen bestehen in dem einen Falle (Protokoll e), wo bereits nach $1^1/_2$ Stunden der Beginn der Blase in der Epidermis vorhanden war, in einer blasigen, wahrscheinlich künstlich gesetzten Abhebung in einem Haare, in dem andern konnten wir einige Mitosen und zwar unmittelbar unter der Epidermis nachweisen, wie oben schon erwähnt, jedoch nur in einem Falle, so dafs wohl diesem Befunde keine übergrofse Bedeutung beizumessen ist.

Ist die Blase dann weiter ausgebildet, so beteiligt sich die Cutis (Protokoll f.) durch Hyperämie, starkes Ödem, und Veränderungen des kollagenen und elastischen Gewebes. Die Gefäfse sind erweitert und zeigen beginnende Leukocytenauswanderung, und zwar auch an den Stellen, wo das Deckepithel nicht blasig verändert ist. Das kollagene Gewebe erscheint sehr kernreich und weist hypertrophische und ödematöse Zellen auf. Die Umgebung der Gefäfse ist ausgezeichnet durch das Vorhandensein spärlicher Mast- und einer Anzahl von Plasmazellen. Aufserdem ist das elastische Gewebe homogen geschwollen und speciell in der Papillarschicht zu scholligen Massen degeneriert. Alle diese Erscheinungen nehmen bei längerem Bestande der Blase noch zu.

Über die Zeit der Regeneration hinaus haben wir die akute Kantharidinwirkung nicht beobachtet.

Kantharidin-Pflaster (1 ‰).

h) Verfasser; 78 Stunden.

Nach Verlauf von 24 Stunden bläulich-livider Hof, der bis zur Excision persistiert, um das Pflaster herum. Während der letzten Zeit der Einwirkung desselben geringes Brennen an der Applikationsstelle.

Mikroskopischer Befund:

Zwei Blasen; die eine in der Epidermis, die andere zwischen dieser einer- und der Cutis andrerseits.

Decke der ersteren: Entweder gequollene Hornschicht und Körnerschicht oder diese, verstärkt durch einige Lagen plattgedrückter Stachelzellen, die teilweise schon vollkommen zu Grunde gegangen, ausgelaugt und homogenisiert sind, zumeist aber noch Kernreste enthalten.

Blasenraum: Hauptsächlich körniges, wenig fädiges Fibrin; geringe Mengen degenerierten Epithels, hie und da mit Kernbröckeln; einzelne Leukocyten.

Den Grund bilden Stachelzellen, die in den Randpartien vollkommen verhornt, in der Mitte der Blase indes erst in Verhornung begriffen sind.

Die übrige Epidermis, welche teilweise die Decke der unteren Blase darstellt, teilweise noch die Verbindung mit der Cutis aufrecht erhalten hat, ist in toto hypertrophisch. Der obere Rand der abgehobenen Partie wurde eben besprochen, der

untere ist unregelmäfsig gestaltet und vielfach von Spalten, die weit in das Epithel hineingehen, durchzogen. Die obersten Stachelzellenlagen sind normal abgesehen davon, dafs man, wie überhaupt hier an allen Stellen, reichlich Mitosen findet. In den mittleren und speciell in den unteren ödematösen Epidermisteilen begegnet man unter diesen neben normalen häufig auch pathologischen Gebilden. Es handelt sich da einmal um Karyokinesen, die stark aufgequollen ein glasiges, in bröckligem Zerfall begriffenes Protoplasma aufweisen, während die Chromatinschleifen zwar noch erhalten sind, aber des öfteren in einzelne Segmente zerbröckelt erscheinen. Andere Mitosen fallen sodann schon bei schwacher Vergröfserung durch helle Lücken auf und lassen bei näherer Betrachtung folgendes wahrnehmen: Die Chromatinmassen liegen in einem grofsen, hellen, im ganzen ovalen Raume, und zwar zumeist der Wand des Poles genähert, welcher der Hornschicht zugekehrt ist, während die entgegengesetzte Seite vollkommen leer ist. An einigen dieser Mitosen ist das Protoplasma eben noch als matter Hauch in der Umgebung der färbbaren Kernmasse erkennbar, in anderen scheint es ganz zu fehlen. Bisweilen glaubt man auch noch eine Zellmembran als äufsere Umgrenzung der hellen Lücke wahrzunehmen, während dieselbe im allgemeinen von den benachbarten Stachelzellen gebildet zu werden scheint.

Der zwischen Epidermis und Cutis liegende Blasenraum wird eingenommen von körnigem Fibrin, einer geringen Zahl von Epithelien, deren Protoplasma glasig, während der Kern noch erhalten ist, und einzelnen Leukocyten.

Die mit der Cutis in Verbindung gebliebenen Partien der Epidermis sind ebenfalls verdickt und weisen reichlich Mitosen auf sowie Stachelzellen, die durch ihren starken Chromatingehalt ausgezeichnet sind. Auch hier machen sich die Spuren des Ödems bemerkbar, denn einerseits finden sich den oben beschriebenen pathologischen Mitosen ähnliche Zellen vor, andererseits ist der Zusammenhang mit der Cutis stark gelockert.

Die letztere ist da, wo es zur Vesikation gekommen ist, vollkommen ihres Epithelüberzuges beraubt; sie ist ferner ödematös, immerhin sind die Grenzen der Papillen gegeneinander noch nicht ganz verstrichen. Die Gefäfse sind erweitert und treten sehr deutlich hervor; ihre Umgebung wird in der ganzen Breite der Cutis von einer grofsen Zahl hypertrophischer Bindegewebszellen, einzelnen Mitosen sowie Mast- und Plasmazellen eingenommen. Das elastische Gewebe ist in der gesamten Cutis, besonders aber in den oberen Teilen derselben aufgequollen und in schollige Massen umgewandelt.

Bei längere Zeit dauernder Einwirkung einer schwachen Koncentration des Kantharidins beobachtet man also beim Menschen einerseits ziemlich bedeutende proliferative Vorgänge in der Epidermis und Cutis, andrerseits Blasenbildung in den oberen Teilen der ersteren und starke Durchfeuchtung der unteren Partien, infolge deren es zur Lockerung resp. Aufhebung des Zusammenhanges zwischen Epidermis und Cutis sowie zu ödematösen Erscheinungen in einem grofsen Teil des Deckepithels kommt. Der Vorgang ist voraussichtlich wohl folgender: Zunächst wird unter dem Einfluſs des Kantharidins hoch oben in der Stachelschicht, vielleicht unter Zutritt von Serum, eine blasige Abhebung gebildet. Während dann das Gift in dem übrigen Deckepithel und der Cutis seine Wirkung entfaltet, wird die Blase durch Verhornung der Stachelzellen, welche ihre untere Begrenzung bilden, gegen die nicht von der Vesikation ergriffenen Partien abgeschlossen. Die Veränderungen in den unteren Teilen der Epidermis

bestehen in Ödem sowie in reichlicher Mitosenbildung innerhalb der ganzen Stachelschicht. Die letzteren sind vielfach gestört derart, dafs entweder bröckliger Zerfall eintritt oder eine andere regressive Metamorphose bei ihnen Platz greift, die von UNNA und BURI[1] mit dem Namen der ballonierenden Degeneration belegt worden ist (vgl. auch Protokoll IV g).

Wenn wir auf den letztgenannten Entartungsmodus noch etwas näher eingehen, so mufs es auffallend erscheinen, dafs die Mitosen — mögen sie nun unter der direkten Einwirkung des Kantharidins oder unter dem Einflufs der starken serösen Durchfeuchtung der Epidermis entstanden gedacht werden —, die doch zunächst die lebenskräftigsten Zellindividuen darstellen, diejenigen sind, welche, anstatt Tochterzellen zu bilden, am frühesten der Degeneration anheimfallen. Weist diese Thatsache nicht wiederum auf einen direkten Einflufs des Kantharidins hin?

Der zwischen Epidermis und Cutis gelegene Blasenraum mag vielleicht durch mechanische Gewalt bei der Excision etwas erweitert sein, jedenfalls war der Zusammenhang zwischen den beiden Geweben zum mindesten stark gelockert, wenn nicht, wie es wahrscheinlicher ist, bereits ganz aufgehoben.

Die Cutis ist ebenfalls ödematös und nach dem klinischen Befund hyperämisch; aufserdem weist sie wiederum ausgesprochene Veränderungen des kollagenen und elastischen Gewebes auf. Die Gefäfse sind erweitert und umgeben von einer ziemlich grofsen Zahl hypertrophischer Bindegewebszellen, einigen Mitosen sowie Mast- und Plasmazellen, welch letztere reichlicher als nach der akuten Einwirkung des Kantharidins vorhanden sind. Das elastische Gewebe ist auch hier wieder, und zwar bedeutender als in allen Fällen akuter Einwirkung des Kantharidins, schollig degeneriert.

Es erübrigt noch, die früher besprochenen, an Tieren gemachten Beobachtungen den beim Menschen gewonnenen Erfahrungen, wenn auch nur kurz gegenüberzustellen. Für die Versuche mit reinem Kantharidin kommt nur der afrikanische Hund in Betracht, bei dem in dem einen Falle nach 3, in dem andern bereits nach 2 Stunden eine fertige Blase nachzuweisen war, so dafs, was die Zeit des Eintritts der Vesikation betrifft, keine wesentliche Differenz gegenüber dem Menschen obwaltet. Gemeinsam ist ferner beiden Versuchsobjekten die Thatsache, dafs einmal das Kantharidin seine erste Wirkung im Deckepithel entfaltet, sodann — nach dem ganzen Aufbau der betreffenden Blasen zu urteilen — einen aufserordentlich starken Serumstrom hervorruft, der — entweder ganz frei von Leukocyten oder doch sehr arm daran — die Bildung der definitiven Blase bewirkt. Ein Unterschied besteht jedoch insofern, als beim Hund

[1] TH. BURI, Die Anatomie der Variola- und Vaccinepustel. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XIV. Heft 1 und 2.

das Deckepithel im allgemeinen resistenter als beim Menschen ist, bei letzterem aber schon früh in der Blase beträchtliche Fibrinmengen auftreten, welche bei jenem im Anfang fehlen.

Was die mit einer schwachen Koncentration des Kantharidins angestellten Experimente anbetrifft, so wollen wir uns auf den Hinweis beschränken, dafs einerseits alle übrigen Versuchsobjekte hinsichtlich der Zeit der Blasenbildung sehr weit hinter dem Menschen zurückbleiben, andererseits aber die makroskopisch wahrnehmbaren, der Vesikation voraufgehenden Veränderungen der Haut bei diesen weit ausgesprochener sind. Die gröfsere Empfindlichkeit des Menschen äufsert sich des weiteren auch in Veränderungen der Cutis, die wir bei den Tieren entweder gar nicht oder nur in geringer Ausbildung nachzuweisen im stande waren.

Bei der mehrere Male wiederholten oder einige Zeit andauernd fortgesetzten Anwendung des Kantharidins treten teils ähnliche, teils differente Veränderungen in Erscheinung; immerhin ist nur ein relativer Vergleich zulässig, da die betreffenden Versuche nicht in ganz kongruenter Weise angestellt wurden.

Beim Hund äufsert sich der chronische Einfluſs des Kantharidins klinisch durch Hyperämie, Ödem und Blasenbildung, histologisch durch Proliferationserscheinungen in der Epidermis und Cutis sowie durch vermehrte Pigmentbildung, welche letztere bei weiter fortgesetzter Applikation bedeutend zunimmt, während gleichzeitig das hypertrophische Deckepithel in abnormer Weise verhornt.

In der Haut des Menschen sind, um nur die Differenzen hervorzuheben, einerseits die Veränderungen der Cutis stärker ausgesprochen, andrerseits fehlt — für die Zeit unserer Beobachtung wenigstens — die abnorme Pigmentbildung sowie die Parakeratose.

Ehe ich zu einer Besprechung der Schlufsresultate übergehe, will ich der Vollständigkeit halber noch einige Versuche mitteilen, die nach einer von UNNA angegebenen Methode[1] angestellt wurden, aus denen man aber keine bestimmten Schlüsse für die Wirkungsweise des Kantharidins ziehen kann. Wie oben bereits angegeben, wurden einige Gewebsstücke noch lebenswarm durch Einlegen in LIEBREICHsche Kantharidinlösung zum Absterben gebracht, in der Absicht, den Einfluſs des Giftes ohne Dazwischenkunft vom lebenden Gewebe ausgehender Erscheinungen zu prüfen. Da das Kantharidin im Wasser nicht resp. nur im Verhältnis von 1 : 8000 löslich ist, so blieb nur die Möglichkeit übrig, das in diesem lösliche Salz desselben, das kantharidinsaure Kali zu verwenden. Gleichzeitig wurden, um keinen Täuschungen zu unterliegen, Kontrollversuche mit neutralem, destillierten Wasser sowie mit Kalilauge 1 : 5000 und 1 : 1000

[1] Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. No. 9. S. 393/94.

vorgenommen. Diese Untersuchungen führten zu folgendem Ergebnis: Zwischen den durch Kalilauge und den durch die Liebreich'sche Lösung hervorgerufenen Veränderungen besteht eine solche Ähnlichkeit, dafs von einer Verwendung der Befunde bei Beurteilung der Kantharidinwirkung Abstand genommen werden mufs.

Der Einfluſs des neutralen destillierten Wassers macht sich geltend durch Auflösung der Hornschicht und eine Quellung, die sich in stärkerem Maſse auf die Körnerschicht und die älteren Stachelzellen erstreckt, in geringerer Intensität dagegen auch auf das Protoplasma der jüngeren Stachelzellen übergreift. Keine Abhebung oder Blasenbildung.

Sehr ähnlich äuſsert sich die Wirkung der Kalilauge 1:5000, nur mit dem Unterschiede, daſs die Schwellung sich mehr gleichmäſsig auf alle Schichten verteilt, tiefer in das Gewebe eindringt, und auch die Tinktion der Kerne, wenn auch nur wenig, so doch nachweisbar leidet.

Bei steigender Koncentration der Kalilauge nimmt die Quellung der Hornschicht ab, indes kommt es in der Körner- und Stachelschicht zu anderweitigen Veränderungen, die den durch das kantharidinsaure Kali hervorgerufenen auſserordentlich ähneln, jedoch ausgesprochener als diese sind.

Die Liebreich'sche Lösung übt einen zerstörenden Einfluſs auf die Körnerschicht und die angrenzenden Stachelzellen aus. Das Keratohyalin wird frei, während durch Aufquellung der älteren, weniger resistenten Stachelzellen und infolge Auflösung des Zelleninnern ein Fächerwerk gebildet wird, das aus dem ursprünglichen Zellenmantel besteht. In den übrigen Teilen ist das Protoplasma ebenfalls gequollen, die Kerne sind komprimiert.

All diese Veränderungen sind, wie erwähnt, bei der Kalilauge 1:1000 noch stärker ausgesprochen, so daſs vor allem die Zellkonturen und Kerne weniger erhalten sind, während das Fächerwerk deutlicher hervortritt.

Zum Schluſs wollen wir, ohne noch einmal auf alle Einzelheiten einzugehen, in kurzen Zügen einen Überblick über die hauptsächlichsten Resultate geben und dabei einige Fragen von allgemeineren Gesichtspunkten aus betrachten.

Wenn wir zunächst das allen unseren Beobachtungen Gemeinsame hervorheben, so stimmen dieselben, was den Charakter der Entzündung betrifft, mit den an anderen Geweben seitens anderer Autoren gewonnenen Erfahrungen überein. Die durch das Kantharidin hervorgerufene Entzündung ist rein serös oder serofibrinös; im allgemeinen kommt dem Gift keine eitererregende Wirkung zu. Zwar nimmt bei längerem Bestande der Kantharidinblasen die Zahl der Leukocyten, welche im Anfang in denselben meist gleich Null ist, fortschreitend zu, kann auch, wie z. B. beim Hund, ziemlich bedeutend werden, — während bei dem Meerschwein und der Katze dieselbe dauernd gering bleibt —, immerhin sind aber die Mengen, speciell beim Menschen nicht so groſs, daſs man von einer Eiterung zu sprechen berechtigt wäre.

Mit diesen histologischen Befunden stimmen auch die klinischen Erfahrungen überein, welche man seiner Zeit machte, als die Acria noch

vielfach angewandt wurden, um zur Ableitung von entfernten krankhaften Teilen länger dauernde Entzündungen resp. Eiterungen auf der Haut hervorzurufen. Wozu hätte man denn sonst, wenn die durch Kantharidin hervorgerufenen Wunden die Tendenz zur Eiterung gezeigt hätten, nötig gehabt, dieselben durch Applikation andrer Acria hierzu anzuregen?

Eine weitere charakteristische Eigenschaft des durch das Kantharidin hervorgerufenen Serumstromes besteht darin, dafs derselbe, wie wir oben verschiedentlich auseinandergesetzt haben, mit aufserordentlicher Gewalt in die Epidermis eintritt und dort seinen zerstörenden Einfluſs geltend macht.

Ehe es aber überhaupt zur Exsudation kommt, ruft das Gift nach den am Menschen und afrikanischen Hund gemachten Beobachtungen im Deckepithel bereits direkt Veränderungen hervor, die sich zunächst durch progressive, später durch regressive Ernährungsstörungen äufsern. Das Kantharidin ist danach also ein direktes Protoplasmagift.

In den Fällen, wo immer erst nach erfolgter Blasenbildung untersucht wurde, war es nicht möglich, den Ort der primären Einwirkung des Vesicans zu bestimmen, wir beobachteten vielmehr, wie bisher angegeben, Hyperämie, Ödem, Blasenbildung, Erscheinungen, die je nach der Tierklasse hinsichtlich der Intensität und Extensität Verschiedenheiten zeigten.

Um noch einmal auf einen oben schon erwähnten Punkt zurückzukommen, so führten wir dort aus, dafs wir dem Kantharidin in geringen Mengen die Fähigkeit proliferative Vorgänge hervorzurufen, zuschreiben. Zur Vermeidung von Mifsverständnissen sei jedoch ausdrücklich bemerkt, dafs wir selbstredend nicht jede der beobachteten Mitosen auf einen direkten Einfluſs des Giftes zurückzuführen geneigt sind, vielmehr kommt, sobald einmal ein vermehrter Saftstrom zugeführt ist, auch dieser wohl als ätiologisches Moment mit in Betracht; aufserdem sind die proliferativen Vorgänge in den späteren Stadien mehrfach wohl auch als Zeichen der Regeneration aufzufassen. Indes ist es schwer resp. unmöglich, hier den Einfluſs der einzelnen Faktoren zu bestimmen. Immerhin mufs es doch auffallend erscheinen, dafs die durch Kantharidin gesetzten Wunden verhältnismäfsig sehr schnell beim Menschen verheilen, und wir vermuten, dafs auch hier wieder vielleicht eine direkte Wirkung desselben mit im Spiele ist. Ferner ist es eine bekannte Thatsache, dafs man seit langer Zeit dem Kantharidin den Haarwuchs fördernde Eigenschaften zugeschrieben hat, eine Ansicht, die durch Moses experimentell als zu Recht bestehend erwiesen ist. Auch wir waren ja imstande, abgesehen von einzelnen akuten Veränderungen, speciell nach chronischer Anwendung beim Menschen und Hund proliferative Vorgänge nachzuweisen und stehen nicht an, auch hierbei eine direkte, wenn auch nur partielle Beteiligung des Giftes anzunehmen.

Um schliefslich noch eine weitere, klinisch häufig beobachtete Eigenschaft des Kantharidins zu erwähnen, sei darauf hingewiesen, dafs wir durch mehrtägige Anwendung einer schwachen Koncentration des Mittels starke pathologische Pigmentierung der Haut beim Hund hervorrufen konnten, die nach unseren histologischen Befunden bedingt war durch das Auftreten zahlreicher, viel verzweigter Pigmentzellen, speciell in den unteren Lagen der Stachelschicht und den angrenzenden Partien der Cutis, Gebilde, über deren Herkunft uns jedoch jeder Anhalt fehlt.

Erklärung der Abbildungen.

Sämtliche Präparate stammen vom Menschen.

Fig. 1a. Protokoll Ve; Färbung mit Hämatoxylin; Vergröfserung $\frac{7}{1}$. Schnitt durch die Haut nach 1½stündiger Einwirkung des 1‰igen Chloroform-Kantharidin-Harzgemisches. a) Voraussichtlich künstlich gesetzte Abhebung. b) Stellen der beginnenden Blasenbildung, durch hellere Tinktion hervortretend.

Fig. 1b. Eine Partie aus einer derselben bei einer Vergröfserung von $\frac{90}{1}$. a) Hohlräume zwischen den Stachelzellen, ausgefüllt durch bröcklige Eiweifsmassen und Chromatinkörner. Einige der angrenzenden Zellen (b) weisen einen vergröfserten Kern auf und lassen (bei wechselnder Einstellung) auch Veränderungen des Chromatins wahrnehmen; das Protoplasma ist in Auflösung begriffen.

Fig. 2a. Protokoll Vf; Färbung mit Hämatoxylin und Orcein; Vergröfserung $\frac{2}{1}$. Schnitt durch eine Blase 7 Stunden nach Applikation des Chloroform-Kantharidin-Harzgemisches.

Fig. 2b. Ein Teil derselben Blase bei einer Vergröfserung von $\frac{15}{1}$. a) Hornschicht; b) Körnerschicht; c) Gruppen von Stachelzellen, die noch deutlich erhalten sind (Kern normal oder mit vermehrtem Chromatin ausgestattet; Protoplasma zumeist mäfsig geschwollen); d) homogene, schollenartige Gebilde; e) bandartige Streifen mit Chromatinresten und Leukocyten, begleitet von Fibrinfäden; f) Übergangsstadien zwischen c, d und e; g) krümlige Eiweifsmassen, hie und da mit Fibrin untermischt.

Fig. 3a. Protokoll Vg; Färbung mit Hämatoxylin und Orcein; Vergröfserung $\frac{2}{1}$. Schnitt durch eine Blase nach 22stündiger Einwirkung des Chloroform-Kantharidin-Harzgemisches.

Fig. 3b. Ein Abschnitt aus derselben Blase bei einer Vergröfserung von $\frac{15}{1}$. a) Hornschicht mit teilweise erhaltener Körnerschicht; b) Epithelzellen, teilweise homogenisiert, teilweise Übergangsstadien; c) Maschenwerk, hauptsächlich aus fädigem Fibrin, weniger aus komprimierten, homogenisierten Epithelien bestehend. In den Zwischenräumen in Auflösung begriffene Stachelzellen (d), bröcklige Eiweifsmassen, Chromatinreste und Leukocyten. Das elastische Gewebe tritt sehr deutlich hervor.

Fig. 4a. Protokoll Vh; Färbung mit Hämatoxylin und Orcein; Vergröfserung $\frac{2}{1}$. Blase a) in der Epidermis, b) zwischen Epidermis und Cutis.

Fig. 4b. Partie aus der Epidermis bei einer Vergröfserung von $\frac{90}{1}$. a) In Zerfall begriffene Mitose, umgeben von Stachelzellen, die fast sämtlich Kernveränderungen darbieten.

Fig. 5 u. *Fig. 6.* Schnitt durch eine Blase resp. Pustel 32 Stunden nach Applikation einiger Tropfen Krotonöl. a) Haarschaft mit Wurzelscheiden, b) Leukocyten mit fragmentierten Kernen und Epitheldetritus.

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 16. Mai 1893.

(Originalbericht von L. Wickham-Paris.)

Hudélo: **Tabetisches Geschwür des Mundes.**

Hudélo stellt einen Kranken mit Ulcerationen am Zahnfleisch und am Gaumensegel vor. Diese Ulcerationen sind locker (décollé), vollkommen schmerzlos und entwickeln sich langsam. Es handelt sich dabei um die nämlichen trophischen Störungen wie beim „Mal perforant", das ja bei Tabetischen nicht selten ist. In der That ist auch der in Frage stehende Patient ein Rückenmärkler; man findet bei ihm die ausgesprochenen Symptome der Tabes.

Zambaco: **Über die Lepra in Frankreich.**

Der Vortragende bringt weitere, wichtige Mitteilungen über die Lepra in Frankreich. Ebenso wie er in der Bretagne die Überzeugung gewonnen hat, dafs die Maladie de Morvan leproser Natur sei, ebenso hält er auch die „Cagots" der Pyrenäen für leprös. Desgleichen ist er in Bordeaux und Lyon auf Fälle von verkannter Lepra gestofsen. Für Zambaco besteht demnach die autochthone Lepra auch heute noch in Frankreich — und in allen anderen Ländern.

Hallopeau: **Die Behandlung der Alopecia areata mit dem Wintergreen-Spiritus.**

In einem Vortrag über den nämlichen Gegenstand vor der Société de Thérapeutiques hatte Hallopeau einen wichtigen Einwand erhoben. Bei seiner Empfehlung dieses Verfahrens hatte er sich auf die Erfolge berufen, die er bei gleichzeitiger Anwendung von Wintergreen- und Zimmet-Tinktur auf je eine kranke Kopfhälfte erzielt hatte. Nun wäre es ja aber möglich, dafs die beiden Kopfhälften schon von selber, d. h. auch ohne jede therapeutische Nachhülfe, verschiedenartig auf das Kontagium der Alopecie reagierten, oder einen ungleichwertigen Nährboden für dasselbe abgäben; thatsächlich kann ja auch der Kopfgrind ohne nachweisbare Ursache auf eine Kopfhälfte beschränkt bleiben. Es wäre also immerhin möglich, dafs der von Hallopeau beobachtete Unterschied im Verschwinden der verschiedenen Plaques eher die Folge eines ähnlichen Verhaltens als der angewandten Mittel wäre. Demnach erschienen weitere Versuche zur Entscheidung der Frage erforderlich. Hallopeau hat nun einen Teil der Plaques der nämlichen Kopfhälfte mit Wintergreen-Tinktur, und die übrigen Plaques mit Zimmettinktur behandelt. Aber auch jetzt erwiesen sich die beiden Mittel in ihren Wirkungen als vollkommen verschieden. Denn die mit der Wintergreen-Tinktur behandelten Plaques waren bereits geheilt, oder waren in der Heilung doch schon weit vorgeschritten, als die mit Zimmettinktur behandelten Plaques kaum die ersten Spuren von Besserung aufwiesen. Mithin ist das früher von Hallopeau abgegebene Urteil über die Wirksamkeit des Wintergreen-Mittels vollkommen berechtigt. Und zwar scheint dasselbe, mit gleichen Teilen Äther versetzt, die gröfste Heilkraft auszuüben. Die Haut wird dadurch nicht gereizt und in einen für das Kontagium ungünstigen Nährboden verwandelt, so dafs man dem Mittel wohl oder übel eine parasiticide Wirkung zuschreiben mufs.

H. Hallopeau und Jeanselme: **Zweiter Bericht über einen akuten Anfall von Lepra mit vielfachen Lokalisationen in den peripherischen Nerven.**

In einer früheren Mitteilung hatten die beiden Forscher namentlich über den Befund an den Augen und Hoden bei dem akuten Lepraausbruch berichtet: auch hatten sie das plötzliche Entstehen einer Klauenhand infolge funktioneller Lähmung des N. cubitalis erwähnt. Seitdem hat die Krankheit nun ihre Verwüstungen fortgesetzt und einen grofsen Teil peripherer Nerven befallen, so dafs noch ausgedehnte Lähmungen, Anästhesien und Amyotrophien hinzugetreten sind. Namentlich sind die Extremitäten in Mitleidenschaft gezogen. Die Strecker der Füfse sind zum grofsen Teil atrophiert, so dafs dem Kranken der eigenartige Gang der toxischen und infektiösen Pseudo-Tabetiker zu eigen ist. An den Oberextremitäten tritt die Klauenhand noch stärker hervor. Im Gesicht hat sich in wenigen Tagen eine Lähmung innerhalb des ganzen Gebietes des rechten N. facialis entwickelt. Der rechte N. orbicularis ist gleichfalls ergriffen, so dafs jetzt beide Augen nicht mehr völlig geschlossen werden können. Die Sensibilität ist in den Unterarmen und Beinen geschwunden; in den Oberarmen und Oberschenkeln ist sie abnorm, indem hier ein kalter Gegenstand als heifs empfunden wird. Das nämliche Verhalten wiederholt sich an der Stirn. Die Nerven, die die atrophischen Teile beherrschen, sind beträchtlich verdickt.

Darier stellt einen sehr interessanten Fall von **Epithelioma papillare des Gliedes** vor. Die Neubildung sitzt ganz oberflächlich und bedeckt einen Raum von der Gröfse eines 1-Francstückes. Sie greift von der Corona glandis, ihrem Entstehungsort, nach der Eichel und der Vorhaut über. Auf den ersten Blick könnte man sie für einen Schanker halten; sie unterscheidet sich von diesem jedoch durch ihre Indolenz, ihre tiefrote Färbung, ihren sammetartigen Glanz, sowie durch das Fehlen von Verhärtung und Leistendrüsenschwellung.

Ich schliefse diesen Bericht mit einer sehr interessanten Abhandlung Sabourauds, der Monat für Monat einen neuen Beitrag zur Lehre von den pathogenen Pilzen liefert.

Sabouraud: **Zur Hypothese vom saprophytischen Zustand des Trichophyton.** Bei der letzten Zusammenkunft der Société de Dermatologie haben Eugène Budin und ich für den Favus, beziehungsweise für die Trichophytiasis die Vermutung ausgesprochen, dafs die Pilze, die diese beiden Krankheiten beim Menschen verursachen, auch im saprophytischen Zustand vorkommen. Für die Trichophytiasis läfst sich nun diese Hypothese durch einige Beweisgründe stützen:

1. Zunächst wäre auf einzelne, dem Trichophyton verwandte Pilze hinzuweisen. Dadurch wird die Hypothese schon wahrscheinlich gemacht.

2. Der zweite Beweisgrund liegt in der Wachstumsart des Trichophyton und ist demnach botanischer Natur.

3. Endlich bin ich der Frage auch experimentell nähergetreten und kann meine Anschauung durch Kulturen stützen.

I. Das Vorkommen von pathogenen Pilzen der Menschen und Tiere im freien Zustande läfst sich als allgemeine Regel hinstellen; für einzelne Arten ist es bewiesen, für andere mindesten wahrscheinlich. Als Beispiel wollen wir den Aspergillus fumigatus betrachten; er lebt frei in der Natur und erzeugt nur selten die Tuberculosis Aspergilli (Chantemesse, Kénon). Sein saprophytischer Zustand ist die Regel, sein parasitärer die Ausnahme. Nehmen wir ferner den Strahlenpilz (Oospora Bollingerii). Wenn auch sein Vorkommen als saprophytisches Wesen nicht ganz sicher erwiesen ist, so gilt es doch als sehr wahrscheinlich (Liebmann, Bertha, J. Israel). Und endlich liefert uns auch die botanische Familie des Trichophyton selber einen Pilz, der ein freies und ein parasitäres Leben führt: ich meine den Botrytis Bassiama der Muscardine der Seidenwürmer.

Durch das freie Vorkommen des Trichophyton würde also die allgemeine Regel für die pathogenen Keime höchstens bestätigt werden.

II. In seinem parasitären Zustand zeigt das Trichophyton nur eine geringe Wachstumsstärke; es bringt es hier nur zu einfachen Myceliumfäden und Myceliumsporen, niemals aber zu freien Sporen. Aber schon auf einem nur mittelmäfsigen Nährboden entwickeln sich nicht nur Formen, die viel mannigfaltiger differenziert sind, als die einfache Myceliumspore, sondern es bildet sich auch der ganze sporentragende Apparat, wie er den verwandten Pilzen eigen ist.

Nun wird wohl kaum jemand behaupten wollen, dafs diese Parasiten in wenigen Tagen einen Zustand erhöhter Fortpflanzungsfähigkeit erlangen könnten, wenn sie nicht schon vor ihrer künstlichen Zucht eine solche besessen hätten. Wer ein freies Vorkommen des Trichophyton bestreitet, der mufs annehmen, dafs dieser Pilz seit jeher noch eine ganz andere Wachstumsmöglichkeit in sich trage, als wie sie auf Mensch und Tier in die Erscheinung tritt.

III. Die Lebensfähigkeit einzelner Trichophytonformen ist eine derartige, dafs sie fast auf jedem natürlichen Nährboden mit Leichtigkeit gedeihen. So habe ich Kulturen auf Pflanzen- und Düngererde, auf fauligem Holz und Getreidekörnern gezüchtet. Ferner erhielt ich Kulturen auf nicht sterilem Medium, woselbst das Trichophyton gemeinsam mit mehreren saprophytischen Mucedrinen auf pflanzlichem Detritus wächst. Und endlich haben sich mir auch auf vollkommen mineralischem Nährboden Kulturen entwickelt, nämlich auf der von Winegradsky für die Kulturen nitröser Keime (Ferments nitreux) angewandten Flüssigkeit. Das Wachstum des Trichophyton ist hier allerdings kein üppiges, indessen ist die Kultur nach einem Monat Bestand leicht zu erkennen, auch erlangt sie, auf einen günstigeren Nährboden übertragen, bald die besonderen Eigenschaften der ursprünglich ausgesäten Trichophytonart. Es war dies das Trichophyton megalosporon des Pferdes, das beim Menschen die Folliculitis circinata, die Sykosis und das Kerion Celsi hervorruft.

Selbstverständlich wird durch alle diese Beobachtungen die Thatsache nicht umgestürzt, dafs der Kopfgrind in den meisten Fällen durch Übertragung von Mensch oder Tier entsteht. Wohl aber verbietet die Annahme eines saprophytischen Vorkommens der verschiedenen Trichophytonarten — eine Annahme, die durch die botanische Untersuchung des Pilzes in seinem parasitären Leben und in künstlicher Kultur gestützt wird, und die die allgemeine Regel für die pathogenen Keime nur bestätigen würde — diese Annahme verbietet, sage ich, zu behaupten, dafs jede Trichophytiasis nur durch Ansteckung von Mensch oder Tier zu stande komme.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Sitzung vom 11. November 1892.

Vorsitzender: Dr. Sherwell, Präsident der Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. G. D. Holsten-Brooklyn.

1. Dr. Holsten stellte einen Fall von **Eccema seborrhoicum der Lippen** vor. Das Leiden äufserte sich in der Form von kleinen, gelblichen Punkten, welche offenbar den Orificien der Schleimdrüsen entsprachen. Daneben war ein ausgesprochenes seborrhoisches Ekzem an der Brust und dem Gesicht zu konstatieren. Die Affektion an den Lippen war durch eine Lösung von Resorcin und Schwefel (ää 2 : 100) bereits gebessert worden.

Dr. Sherwell erwähnte eines dem vorigen ähnlichen Falles, welcher von einer Reihe von Ärzten erfolglos behandelt worden war, bis Unna bei Gelegenheit des

Internationalen Medicinischen Kongresses in Washington im Jahre 1886 denselben als Eccema seborrhoicum diagnosticierte und mittelst eines damals verhältnismäfsig wenig bekannten Mittels — Resorcin — heilte.

2. Dr. Winfield stellte einen Fall von **Pityriasis pilaris** (Devergiesche Krankheit) vor. Das Leiden hatte den Patienten bald nach Beendigung des Krieges ergriffen und bedeckte die ganze Fläche auf der Streckseite der oberen und unteren Extremitäten. Jeder einzelne Follikel war mit einem kleinen Pfropfen ausgefüllt, der aus degeneriertem Epithel bestand und ganz fest in der Haut eingebettet war. Durch sehr starken Druck konnten einige dieser Pfropfen herausgetrieben werden. Im übrigen war der Körper intakt. Es bestand dabei ein sehr erheblicher Juckreiz, welcher während der Sommermonate am stärksten war. Eine Salbe mit Menthol und 20% Salicylsäure hatte eine gewisse Linderung verschafft; nachher hatte Redner eine Auflösung von Menthol in Olivenöl verschrieben, was noch besser wirkte.

3. Dr. Raynor stellte eine Frau mit **Pityriasis maculata et circinata** der Schultern und Hüften vor. Die Affektion hatte mit Unterbrechungen beinahe zwei Jahre bestanden und wurde von der Kranken auf eine Attacke von Influenza zurückdatiert. Sie hatte mehrere Monate hindurch an Schmerzen rheumatischer Art an den Gelenken gelitten, worauf dann der Ausschlag hervortrat. Derselbe hatte zuerst eine kleine Stelle am Beine ergriffen, breitete sich aber später auf den Hals und die Brust aus, bis schliefslich der ganze Körper afficiert war. Einen Monat nach dem ersten Auftreten der Läsionen wurde sie schwanger, und einige Flecke verschwanden während der Gravidität, wohingegen andere neue zum Vorschein kamen. Bald nach erfolgter Geburt ward sie wieder menstruiert. Um diese Zeit war sie zuerst vom Vortragenden in Behandlung genommen worden. Eine Salbe mit Resorcin und Salicylsäure brachte den Ausschlag schnell zum Verschwinden, aber bei der nächsten katamenialen Periode trat derselbe wieder hervor. Es drängte sich die Frage auf, ob irgend ein Uterinleiden oder die Katamenien auf irgend eine Weise mit der Entstehung der Hautaffektion in Zusammenhang ständen.

Dr. Morton stellte gleichfalls einen Fall von **Pityriasis maculata et circinata** vor. Der Ausschlag hatte zwischen drei und vier Monaten gedauert, war an der Achselhöhle und an den Armen und Beinen lokalisiert und hatte die Form von ringförmigen, intensiv juckenden, ein wenig schuppenden Läsionen, die in der Mitte im Abheilen begriffen waren. Es wurde viel über Übelkeit und Kopfschmerzen geklagt; daneben bestand auch Anämie, welche Dr. Morton für den wichtigsten Faktor zum Fortbestande des Ausschlages zu halten geneigt war.

5. Dr. Winfield stellte einen Knaben mit folgender Krankengeschichte vor: G. A., 14 Jahre alt, Italiener. Vor zwei Jahren trat am Mundwinkel eine kleine Pustel hervor, welche sich rapide weiter ausdehnte und bald die Gröfse eines Fünfcentstückes erreichte. Dabei heilte immer der eine Teil aus, während das Übrige vereiterte. Das Aussehen der Narben und Geschwüre im allgemeinen und ihre anatomische Beschaffenheit zeigten eine so bedeutende Ähnlichkeit mit Lupus, dafs es ohne die erst später in Erfahrung gebrachte Anamnese schwer hielt, die richtige Diagnose zu stellen. Ungefähr drei Monate nach dem Erscheinen der Lippenaffektion machte sich eine entschiedene Heiserkeit der Stimme bemerkbar, und es entwickelte sich am linken Augenlid in der Nähe des Canthus internus eine zweite kleine Stelle von ähnlicher Beschaffenheit wie diejenige an der Lippe. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dafs der weiche Gaumen teilweise weggefressen war; die Epiglottis war verdickt, sowie auch die Stimmbänder, und der Nasenrachenraum zeigte Ulcerationen.

Die Eltern lieferten folgende Anamnese: Der Knabe hatte in seinem fünften

Lebensmonat eine Amme, die an einem Geschwür an der Brustwarze litt. Dreizehn Monate später, also im 18. Lebensmonat des Knaben, fing derselbe an abzumagern und hatte eine ausgedehnte Borke auf der Kopfhaut, sowie einzelne furunkelartige Stellen an verschiedenen Teilen seines Körpers.

Bei der Untersuchung der Mutter wurde eine weifse, seidenpapierartige Narbe am Handgelenk konstatiert, welche ihrer Angabe nach infolge von Berührung mit dem Kopfe des Knaben entstanden war. Eine gemischte Therapie hatte eine bedeutende Besserung im Befinden des Knaben herbeigeführt. Dr. WINFIELD diagnosticiert den Fall als eine durch die Hebamme verschuldete **Syphilis**.

Sitzung vom 9. December 1892.

Vorsitzender: Vicepräsident Dr. SMYLIE.

1. Dr. SHERWELL stellte einen Fall von **RAYNAUD scher Krankheit** mit folgender von Dr. MOSHER gelieferten Anamnese vor: A. S., 45 Jahre, Witwe, wurde vor zwei Jahren im Brooklyn-Hospital aufgenommen. Hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut, bis ihr Mann zwei Jahre vor ihrer Aufnahme starb und sie tüchtig zu arbeiten gezwungen war; als somit ihre Hände vielfach dem Einfluſs der Kälte ausgesetzt wurden, empfand sie zuerst ein Kriebeln in den Fingerspitzen, welche auch weifs wurden, aber beim Erwärmen wieder ihre normale Farbe annahmen. Im Winter darauf nahmen sowohl das Kriebeln als auch die weifse Verfärbung zu und erstreckten sich bis an die Metakarpophalangeal-Gelenke. Im Sommer war der Zustand wieder normal. Im dritten Winter Verschlimmerung des Kriebelns, blaue oder blaurote Verfärbung der Finger und Entwickelung eines Geschwürs an der Spitze des einen Fingers, welcher stark geschwollen und schmerzhaft war. Die Ulceration ergriff auch bald den Nagel dieses betreffenden Fingers. Bei der Aufnahme im Hospital waren sämtliche Finger deutlich geschwollen, und drei derselben waren an der Spitze mit trockenen, dunkel gefärbten, scharf abgegrenzten Geschwüren besetzt. Die Nägel waren aufgetrieben, glanzlos und in der Auflösung begriffen. Zur Entwickelung von Eiter kam es niemals. Die Kranke blieb mehrere Monate im Hospital, und die anderen Finger nahmen allmählich das gleiche Aussehen an, wie die drei eben geschilderten.

Darauf hatte man sie gänzlich aus den Augen verloren, bis sie im vorigen Jahr sich in der Poliklinik vorstellte. Ihr Allgemeinbefinden war um diese Zeit ungefähr das gleiche, wie im vorigen Jahr, nur zeigten die Nägel eine mehr normale Beschaffenheit.

Gegenwärtig sind die Fingerspitzen kurz und dick, fühlen sich steinartig hart an, haben eine weifse Farbe und werden von der Kälte sehr leicht afficiert.

Dr. WINFIELD erwähnte eines Falles, bei welchem sich Gangränstellen auf der einen Seite fanden, mehrere Nägel sich ablösten und eine Kontraktur einiger Finger sich ausbildete. Die Hände waren im allgemeinen nicht vergröfsert, doch war dies allerdings bei dem einen Finger der Fall. Die Affektion wurde von verschiedenen Neurologen, denen sie gezeigt wurde, für die RAYNAUDsche Krankheit erklärt. Antisyphilitische Behandlung hatte einige Zeit lang eine günstige Einwirkung auf den Kranken. Später hatte man seine Spur vollständig verloren.

Dr. MORTON hatte ebenfalls einen ähnlichen Fall bei einem hiesigen Herrn gesehen, welcher nach einer mehrere Jahre lang anhaltenden psychischen Anspannung eine Atrophie der Finger, verbunden mit Rissigwerden und Abfallen der Nägel, darbot. In therapeutischer Beziehung hatten sich Salicylseifenpflaster und Einreibungen mit grüner Seife am wirksamsten erwiesen.

Dr. RAYNOR machte auf die diffuse Verdickung sowohl der distalen wie der

zweiten Phalangen aufmerksam und meinte, dafs die Möglichkeit einer specifischen Erkrankung wohl in Frage kommen könnte.

Dr. Holsten besprach die Unterschiede, welche zwischen Syphilis, Tuberkulose und der Raynaudschen Krankheit, insofern die Finger afficiert sind, bestehen. Bei der syphilitischen Dactylitis findet man eine ziemlich schnell zunehmende Verdickung der Metakarpalknochen, die von dem proximalen nach dem distalen Ende zu sich ausbreitet, so dafs die Finger die Form eines Spielkegels bekommen, wobei die Gelenke den Einschnürungen desselben entsprechen. Ferner pflegt die Affektion öfter an beiden Seiten aufzutreten und zeigt keine Neigung zum Vereitern. Bei der Tuberkulose hingegen sind gerade die Gelenke geschwollen; die Verdickung nimmt sehr langsam zu, ist meist auf die eine Seite beschränkt, tritt nicht so symmetrisch auf und hat entschieden Neigung zum Vereitern und zur Auflösung. Bei der Raynaudschen Krankheit schliefslich konstatiert man eine an den Fingerspitzen beginnende Atrophie, welche gewöhnlich an beiden Händen symmetrisch fortschreitet.

Dr. Sherwell meinte, dafs bei diesem Falle eine syphilitische Affektion keineswegs erwiesen sei, und ferner, dafs das ganze Aussehen desselben nicht für Tuberkulose spreche. Die Läsionen an den Fingern seien durch die Verminderung der Vitalität und das gangränöse Absterben herbeigeführt. Auch ergab die Krankengeschichte bei dieser Patientin, dafs Extravasate von Blut bestanden hatten, sowie Blasenbildung vorgekommen war, was bei dieser Krankheit ja so ganz gewöhnlich sei.

2. Dr. Winfield stellte einen Fall von mutmafslicher **Lepra anaesthetica** vor. (Ausführlich wiedergegeben im *Brooklyn Med. Journ.*) [Cfr. auch Referatenteil. D. Übers.]

Sitzung vom 13. Januar 1893.

Vorsitzender: Dr. Morton.

1. Dr. Lott (als Gast) stellte einen Fall von **Lepra** vor. Es handelte sich um eine 24jährige Frau, aus Westindien gebürtig, bei der das Leiden zuerst im Jahre 1886 anfing, und welche im September genannten Jahres Ulcerationen an beiden unteren Extremitäten darbot; diese Ulcerationen nahmen im Laufe des folgenden Jahres immer noch zu. Im November 1887 fingen die Lippen zu schwellen an; das Gesicht und die Ohren verfärbten sich, schwollen dann an und entwickelten schliefslich auch Geschwüre. Späterhin stellten sich ähnliche Knoten und Geschwüre auch an den Vorderarmen ein. Im Laufe des Jahres 1888 traten Ulcerationen am Rachen, an den Lippen und an der einen Seite der Nase auf. Die Kranke wurde zuerst im Jahre 1889 von Dr. Lott in Behandlung genommen, und ihr Zustand hat sich seit 1891 stetig gebessert. Die Behandlung hat hauptsächlich in der Darreichung von Nux vomica und Oleum Chaulmoogra bestanden. Es ist nicht ohne Interesse, dafs die Kranke die Tinctura nucis vomicae in steigenden Dosen bis zu 68 Tropfen dreimal des Tages bereits vier Tage lang genommen hatte, ehe sich toxische Erscheinungen zeigten; späterhin riefen aber 52 Tropfen, dann 48, 32 und 25 eine toxische Wirkung hervor, und jetzt kann sie nicht mehr als 19 Tropfen vertragen. Das Chaulmoograöl wurde sowohl innerlich gegeben, als auch äufserlich auf die Geschwüre appliciert.

2. Dr. Morton stellte einen Mann vor mit der Anamnese, dafs geschlechtlicher Verkehr wiederholt stattgefunden hatte mehrere Wochen vor dem Erscheinen einer Affektion am Penis. Patient war jetzt drei Wochen in Behandlung gewesen. An der unteren Fläche des Gliedes, gerade hinter dem Frenulum, fand sich ein knorpelhart anzufühlendes, infiltriertes Knötchen mit einer kleinen Öffnung, aus der sich Eiter ausdrücken liefs. Diese Öffnung heilte bald zu, worauf sich ein eiteriger Ausflufs aus dem Meatus urinarius einstellte. Die Induration blieb jedoch bestehen. Am Nacken, an der Leiste und am Ellenbogen waren die Drüsen verdickt, aber ein Ausschlag war

bis dato noch nicht zum Vorschein gekommen. Die Rachenschleimhaut war gerötet, und der weiche Gaumen war mit einer Anzahl kleiner Bläschen umsäumt. Redner hatte zuerst gedacht, es handle sich hier um eine Entzündung eines Follikels in der Harnröhre mit Durchbruch nach aufsen, aber bei weiterer Beobachtung gelangte er zur Diagnose einer **Initialsklerose mit Perforation.**

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung den 15. März 1893.

Über Hauttuberkulose spricht KÖBNER im Anschlufs an einen Fall, in dem dieselbe sich nicht in gewohnter Weise im Anschlufs an Tuberkulose innerer Organe oder von Schleimhäuten aus sich entwickelte. Derselbe lehrt gleichzeitig erstens die Schädlichkeit merkurieller Therapie bei zweifelhaften Ulcerationen und Neoplasmen, zweitens die in den Barbierstuben nötigen hygienischen Mafsnahmen. — Der 43jährige Schlosser hat vor 10 Jahren seine Frau an Schwindsucht verloren, er selbst ist nicht hereditär belastet. Vor 7 Jahren ist er von einem angeblichen Geschwür des Kehlkopfes geheilt. Bis vor 2 Jahren war er gesund, dann bekam er eine kleine Wunde im Vollbart des Kinnes, zu der sich erst viel später eine Erkrankung des Kehlkopfes hinzugesellte. Jodkalium und Ung. ciner. (99,0) hatten keinen Erfolg. KÖBNER fand ein fünfmarkstückgrofses flachrundes Geschwür mit rötlich-gelben, schlaffen Granulationen. Rand fein zackig, nicht unterminiert, leicht blutend, ziemlich schmerzhaft; Drüsen geschwollen, indolent; Schleimhäute und äufsere Haut blafs. — Im Kehlkopf eine ziemlich umfangreiche Ulceration der wahren Stimmbänder; Perichondritis epiglotid. arytän. — Diagnose: Tuberkulose. Dieselbe wurde durch eine Untersuchung eines excidierten Stückes bestätigt; Bacillen, Miliartuberkel, Riesenzellen waren reichlich vorhanden. Die Behandlung bestand in Ätzung und Jodoformapplikation. — Redner hebt sodann wieder die Wichtigkeit der Hygiene in den Barbierstuben hervor, da Patient mit seinem Geschwür sich immer in öffentlichen Barbierstuben rasieren liefs. Reinigung des Messers in siedend heifsem Wasser, eigene Serviette, womöglich eigenes Rasierzeug sind zu fordern.

B. BAGINSKI will die Hautveränderung als die primäre ansehen, was SCHEINMANN auf Grund des früheren Kehlkopfleidens wohl mit Recht bezweifelt.

B. FRÄNKEL hält eine merkurielle Kur bei Tuberkulosen nicht für so bedenklich, wie KÖBNER, der der Anwendung der antiluetischen Therapie stets eine rapide Verschlimmerung folgen sah. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wiener medizinischer Klub.

Sitzung den 15. März 1893.

(*Internation. klin. Rundsch.* 1893. No. 13.)

MAX KAHANE: **Über die diagnostische Bedeutung der Essigsäuretrübung im Harn.** Neben Nukleïn werden auch andere Nukleïnsubstanzen, die mit den die Zelle aufbauenden Substanzen nahe verwandt sind, durch Essigsäure gefällt; Verfasser nennt sie Cytoproteide. Verfasser hat das Vorkommen dieser bei Intoxikationen und Infektionskrankheiten untersucht. Er fand sie bei Kalilaugen-, Salzsäure- und Kantharidenvergiftung; bei Erysipel, Angina, Pneumonie, Neuritis, Pericarditis. Sie schwanden bei der Entfieberung, während sie bei Miliartuberkulose und der Meningitis bis zum Tode stetig zunahmen. Morbilli gaben lebhafte Reaktion, nicht Scarlatina. —

SILBERSTERN: **Zur Ätiologie des Hautemphysems.** Nach einer Besprechung des traumatischen und artificiellen Hautemphysems wendet er sich den anderen, in der Litteratur stiefmütterlich behandelten Formen zu. Er nennt 1. das spontane

Hautemphysem durch Gasentwickelung in den Geweben, als Lebensäufserung aërogener Mikrobien. Hierher zählen das Hautemphysem bei Typhus, Pneumonie (malignes Ödem), bei Fäulnis, bei der Gangrène foudroyante und beim Rauschbrand, beim Empyem. 2. Das Hautemphysem bei Ulcus ventriculi, Spontanruptur des Oesophagus, die meistens an der Cardia erfolgen, wobei durch den erschlafften Sphincter Magengase eindringen. Andere Perforationen des Oesophagus führen zum Hautemphysem, da sie meistens an anderen Stellen sitzen und die Cardia sich fest schliefst. 3. Das mechanische Emphysem durch Platzen der Lungenalveolen bei Hustenstöfsen, Prefsbewegungen etc. — Bei Cholera ist ein Hautemphysem nicht zu selten, allerdings das mediastinale noch häufiger. 4. Hautemphysem durch destruktive Processe in der Trachea, den Lungen etc. Die Perforation von Kavernen führt selten dazu, meistens zu Pneumothorax. Dagegen führt die häufiger vorkommende als erkannte Lungenaktinomykose relativ oft zu Hautemphysem, wovon er ein Beispiel anführt, um sich dann des weiteren über letzteres Leiden auszulassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzung den 3. März 1893.

Prof. Pick demonstriert 2 Fälle seiner Klinik:

1. **Ein Lupuscarcinom** bei einer 47jährigen Frau, die ihr Leiden vom 15. Lebensjahre datiert und auf einen von einer Kuh erhaltenen Stofs in die Nase zurückführt, nachdem eine Rötung und Schwellung derselben eintrat. Im 20. Lebensjahre bemerkte sie kleine Knötchen an den Nasenflügeln und dem vorderen Rande der Nasenscheidewand, die sich langsam über die Wangen verbreiteten. Vor einem Jahre wurde ein Tumor aus der Oberlippe entfernt. Jetzt findet man wieder als Carcinome sich erweisende Tumoren auf floridem Lupusgewebe. — Der Vortragende hält diese Lupuscarcinome für relativ benign, die Hauptgefahr bringt der Lupus, der immer wieder Veranlassung zur Carcinombildung giebt. Als Analogon führt er einen Fall an, in dem an der Operationsstelle kein Recidiv erfolgte, aber an neuen, weit abliegenden Stellen neue Carcinome auftraten und zwar wieder auf frischem Lupusgewebe.

2. **Herpes iris und circinatus** bei einem 6jährigen Mädchen, das vor 8 Wochen ein Exanthem an den Interdigitalfalten der oberen Extremitäten bekam. Man fand trübe Blasen und daneben kleine, zum Teil zu ringförmigen blasigen Abhebungen konfluierte Bläschen; ein isolierter Herd bestand im Gesichte. In der Folge entwickelten sich an den oberen und unteren Extremitäten im Kreise angeordnete Abhebungen der Epidermis um eine centrale, aus einer geplatzten Blase hervorgegangene Borke. Diese Fälle, die P. häufiger gesehen, bieten das Bild akuter Exantheme: Sie entstehen zu bestimmten Jahreszeiten nach einem Prodromalstadium mit geringem Eruptionsfieber; gleichzeitig sieht man Erytheme. Katarrhalische Affektionen des Darms begleiten sie. (*Intern. klin. Rundschau.* 1893. No. 15.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Heft IV.

I. **Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut,** von Dr. du Mesnil de Rochemont-Altona.

Verfasser bespricht zunächst das normale Verhalten der elastischen Fasern der Haut, wie es ZENTHÖFER in seiner preisgekrönten Schrift (vergl. *Dermatologische Studien* 1892) dargelegt hat.

Bei der Frage nach dem pathologischen Verhalten der elastischen Fasern der Haut unterzieht Verfasser die entzündlich hyperplastischen, die entzündlich degenerativen Processe, ferner die Neubildungen, Hypertrophien und die atrophischen Zustände einer eingehenden Betrachtung.

Als Paradigma für die entzündlich hyperplastischen Processe dient ihm das chronische Ekzem. In den tieferen Cutisschichten erscheint bei stärkerer Dilatation und Füllung der Blut- und Lymphgefäfse das elastische Fasersystem vollständig normal, in den oberen Cutisschichten zeigt sich entsprechend der zunehmenden Infiltration und Quellung des Gewebes ein allmählicher Schwund der elastischen Fasern. An der Stelle der stärksten Entzündung in dem Papillarkörper ist kaum noch eine elastische Faser nachweisbar; das subpapilläre Netz ist völlig verschwunden. Beim chronischen Ekzem kommt es also an den Stellen der Infiltration zu einer Auflösung des elastischen Netzes.

Bei Sklerodermа ist der Papillarkörper, wie bei allen entzündlichen Affektionen, gequollen, vergröfsert und zellig infiltriert, das subepitheliale elastische Netz ist auch hier in Auflösung begriffen.

Verfasser erörtert im folgenden die Frage, ob die Entzündungserscheinungen und die Entzündungsprodukte diesen Schwund der elastischen Fasern veranlassen, oder ob der einfache Druck des infiltrierten, resp. gewucherten Gewebes das elastische Gewebe gleichsam zum Ersticken bringt. Die mikroskopischen Befunde bei einer hochgradigen Stauungselephantiasis und noch besser das Studium des Verhaltens der elastischen Fasern bei der Initialsklerose zeigen, dafs wesentlich der Entzündungsprocefs das schädigende Agens für die Auflösung der elastischen Fasern abgiebt. Sind es nun die proliferierenden Bindegewebszellen, die ausgewanderten weifsen Blutkörperchen oder etwa chemische Produkte, welche die Auflösung bewirken? Zur Klärung dieser Frage wurden die entzündlich degenerativen Zustände einer Untersuchung unterzogen. Beim Lupus exulcerans ist im Bereich der eigentlichen tuberkulösen Granulation und in einer etwa linienbreiten Mantelzone das elastische Gewebe vollständig verschwunden, während es in der weiteren Umgebung in toto erhalten ist. Ganz dasselbe fand Verfasser bei der Untersuchung eines tuberkulösen Hautgeschwüres von der Oberlippe eines an Phthise gestorbenen Patienten. Dasselbe enthielt reichliche Mengen von Tuberkelbacillen. Verfasser glaubt, dafs bei tuberkulösen Processen der Schwund des elastischen Gewebes auf die Einwirkung chemischer Agentien zurückzuführen sei. Bei den Neubildungen dagegen scheinen die Zellen selbst, wenn auch sehr allmählich, die Auflösung des elastischen Netzes zu stande zu bringen.

Bei der reinen Hypertrophie bleibt, wenn dieselbe nur die Epidermis betrifft, wie bei der Schwielenbildung, das elastische Gewebe in allen seinen Teilen intakt; ergreift die Hypertrophie aufser der Epidermis auch den Papillarkörper und die subpapillären Teile der Cutis, wie bei der Verruca, so zeigt sich das elastische Gewebe im Papillarkörper eher vermindert als vermehrt.

II. Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum mit protrahiertem Verlaufe, von Dr. LUDWIG TÖRÖK-Budapest.

Der Fall betrifft einen 50 Jahre alten Tagelöhner, in dessen Familie niemals eine Hautkrankheit vorgekommen ist. Die Affektion begann 2—3 Tage, nachdem Patient sich beim Rasieren das Kinn geritzt hatte, mit einem Gefühl von Spannung im Gesichte. Nach weiteren zwei Tagen zeigte sich das Gesicht lebhaft rot. Wenige

Tage später blafste die Haut ab und fing an zu schuppen. Das Allgemeinbefinden war hierbei gar nicht gestört. Jucken und Brennen bestand nicht.

Gegenwärtig charakterisiert sich die Affektion durch eine meist diffuse, lebhafte Röte und durch eine reichliche, feine, mehlartige Abschuppung. — An einzelnen Stellen der oberen Extremität, vorwiegend jedoch auf dem Rücken, tritt die Schuppung an den Follikeln auf, indem an der Austrittstelle der Lanugohärchen je ein kleines Schüppchen erscheint. Mehr fleckenartig als diffus befallen erscheint die Haut des Bauches und der Sakralgegend. Die Haut ist nirgends infiltriert, hat jedoch viel von ihrer Elasticität eingebüfst. — Jucken besteht nur in sehr geringem Mafse.

Die Therapie wechselt je nach dem Zustande zwischen Bädern mit Einreibungen von Borsalbe oder Waschungen mit Seife und warmem Wasser, kühlen Leinsamenmehlumschlägen, weifser Präcipitatsalbe etc. Während der Behandlung zeigt sich beim Patienten Haarausfall und eine Veränderung der Nägel. Etwa 4 Monate nach Beginn der Behandlung war die Haut überall wieder von normaler Beschaffenheit, nur etwas trockener als gewöhnlich, auch die übrigen abnormen Erscheinungen machten normalen Verhältnissen Platz.

Verfasser giebt im folgenden einen kurzen Überblick über den heutigen Stand der Frage von den exfoliativen Erythrodermien und bespricht die Differentialdiagnose seines Falles.

Für die Diagnose Erythema scarlatiniforme spricht das plötzliche Auftreten, die rasche Entwickelung und Ausbreitung des Processes, der Mangel einer nennenswerten Störung des Allgemeinbefindens, die Abwesenheit des Fiebers, das Fehlen aller subjektiven Symptome, das frühe Auftreten, die Dauer und die Intensität der Desquamation, welche allerdings häufiger grofslamellös zu sein pflegt. Der kürzere Verlauf, der Mangel einer Temperaturerhöhung, die Veränderung der Nägel und der Haarausfall entsprechen weniger dem Symptomenbilde der Pityriasis rubra benigna subacuta (Brocq) als der prolongierten Form des Erythema scarlatiniforme (Besnier).

III. **Über die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form**, von Dr. Ludwig Merk-Graz.

Verfasser wendete das Mittel nach der von Schwimmer (*Wiener klin. Wochenschr.* 1891. No. 26) angegebenen Formel an:

Rp.	*Hydrarg. sozojodol.*	0,80
	Kalii jodati	1.60
	Aq. dest.	10,00.

Um ein möglichst reines Präparat zu erhalten, wurden 1,6 g Jodkalium und 0,8 g Hydrarg. sozojod. in einer Reibschale verrieben und allmählich die 10 g destillierten Wassers zugesetzt, bis eine gelbliche, durch einen feinen schwarzgrauen Niederschlag getrübte Flüssigkeit entstand. Diese wurde filtriert und das Filtrat zur Injektion benutzt.

Die Wirkung des Mittels wurde zunächst an Tieren erprobt. Fünf Kaninchen erhielten an einem Tage je einen halben Kubikcentimeter der Lösung intramuskulär in die Sitzknorrengegend eingespritzt. 1 ccm der Lösung enthält 8 cg Sozojodolquecksilber und nach Tromsdorfs Annahme etwa 32% oder 0,025632 g Hydrargyrum vivum.

Die Versuchstiere wurden am darauffolgenden Tage getötet, und an den herausgeschnittenen Muskelstücken die gröberen und feineren anatomischen Veränderungen studiert.

Bei seinen Untersuchungen war es Verfasser an erster Stelle darum zu thun, festzustellen, ob sich metallisches Quecksilber im Gewebe vorfände, ob man eine

Erklärung für die verschiedenen Koinzidenzien, eine Abscefsbildung etc. finden könnte.

Das Ergebnis der Untersuchungen ist folgendes: Innerhalb der ersten 5 Tage kann man keinen Anhaltspunkt dafür gewinnen, dafs sich das Injectum zu metallischem Quecksilber reduciere oder auch weiterhin reducieren werde. Die erste Folge ist ein ziemlich intensives Ödem im Corium und subkutanen Bindegewebe, die Anwesenheit eines Niederschlages oder einer geronnenen feinkörnigen Masse, die im Corium und subkutanen Gewebe im Laufe der Tage abnimmt, während dort die zellige Infiltration nach und nach bis zu einer bestimmten Grenze zu- und dann wieder abnimmt. — Im Muskel tritt anfangs ein weniger starkes Ödem auf, dem sich aber eine starke Zellinfiltration beigesellt. Im intramuskulären Bindegewebe entsteht erst im Laufe der Zeit ein feinkörniger Niederschlag. Die Muskelfasern sehen an Schnitten von späteren Tagen verändert aus. Die Blutgefäfse zeigen geringe Veränderungen; die Lymphgefäfse und Lymphknoten sind an Präparaten späterer Tage stark gefüllt.

Verfasser glaubt, dafs die Bilder auf eine mehr oder weniger starke Ätzung der Muskelfasern zurückzuführen seien.

Auch beim Menschen dürfte mit Rücksicht auf die verhältnismäfsig viel geringere Injektionsmenge eine mehr oder weniger ausgeprägte Ätzung einzelner Muskelfasern stattfinden. Ist dieselbe ausgebreitet, so kann man sich leicht eine Nekrose und das Bestreben, die nekrotische Partie zur Ausstofsung zu bringen — die Abscefsbildung —, vorstellen.

Verfasser teilt im folgenden in kurzen Auszügen die Krankengeschichten der mit Hydrargyrum sozojodolicum behandelten Patienten mit.

Ein zusammenfassendes Urteil über die Wirksamkeit des Mittels dürfen wir in der Fortsetzung der vorliegenden Abhandlung erwarten.

IV. **Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis** (Fortsetzung), von R. Barlow-Breslau.

Verfasser hat im Gegensatze zu den Autoren, welche sich mit der Frage der Cystitis bei Gonorrhoe näher befafst haben, gefunden, dafs eine Cystitis, wenn auch in seltenen Fällen, ausschliefslich durch Gonokokken bedingt sein kann. Die Krankengeschichte zweier derartiger Fälle wird im folgenden mitgeteilt. Bei beiden an Gonorrhoe erkrankten Patienten ist niemals ein Instrument in die Blase eingeführt worden, gleichwohl finden sich im Urin reichliche Mengen Gonokokken. Die nachher vorgenommene cystoskopische Untersuchung zeigt diffuse Entzündung der ganzen Blasenschleimhaut. Allerdings fehlt noch der mikroskopische Nachweis von Gonokokken in der Blasenschleimhaut.

Verfasser bespricht im folgenden die Klassifikation der Cystitiden.

An der Hand der Litteratur und im Anschlufs an seine früheren Ausführungen und die Befunde bei seinen Untersuchungen gelangt Verfasser zu nachstehender Einteilung aller Blasenentzündungen:

I. Chemische Cystitis (Kanthariden).

II. Bacillogene Cystitis, bedingt durch a) Tuberkelbacillen, b) Bacterium coli commune, Urobacillus liquefaciens septicus (Krogius-Schnitzler), Coccobacillus (Rovsing).

III. Kokkogene Cystitis, bedingt durch a) Gonokokken (Krogius hat Mai 1892 eine Gonokokken-Cystitis beschrieben), b) Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken.

Zur Prophylaxis der Cystitis übergehend, bespricht Verfasser zunächst die Wege, auf denen die Bakterien in die Blase gelangen.

I. Es können Eiterungen aus der Umgebung der Blase in dieselbe durchbrechen und sie inficieren.

II. Es kann eine Infektion durch die Blutbahn direkt oder auf dem Umwege einer Ausscheidung der Bakterien durch die Nieren stattfinden.

III. Es können die Bakterien von der Urethra aus eindringen.

Der I. und II. Infektionsmodus kommt selten vor. Am häufigsten findet die Infektion der Blase von der Urethra aus statt. Dieselbe kann erfolgen:

1. durch eine fortgeleitete Entzündung der Urethralschleimhaut;
2. spontan, d. h. durch Hineinwachsen der normalen Urethralbakterien in die Blase;
3. durch den Katheterismus, welcher
   a) die Urethralbakterien in die Blase schiebt,
   b) inficierende Stoffe durch ein nicht genügend gereinigtes Instrument in die Blase führt.

Verfasser bespricht die einzelnen Punkte näher.

Um das Entstehen einer Cystitis durch den Katheterismus zu verhindern, muſs
A) für die Desinfektion der Harnwege Sorge getragen werden, wodurch der Transport etwaiger Urethralbakterien verhindert wird;
B) für eine sichere Sterilisation der zu verwendenden Instrumente gesorgt werden. Ausspritzen mit 3%—4%iger Borsäurelösung oder mit 1%iger Argentumlösung vermag nur sehr selten die Harnröhre sicher zu desinficieren.

Die Sterilisation der Katheter ist, wie aus der angeführten Litteratur ersichtlich, auf verschiedene, meistens sehr umständliche Weise versucht worden. Die Resultate, die Verfasser aus diesbezüglichen Versuchen erhalten hat, sind folgende:

1. Katheter, eingehüllt in Fliefspapier, werden durch strömenden Dampf in 35—40 Minuten sicher steril, einerlei welche Substanz man zum Schlüpfrigmachen derselben verwendet.

2. Ist man gezwungen, wässrige Desinfektionsflüssigkeiten anzuwenden, so darf keinerlei Fett zur Schlüpfrigmachung der Katheter benutzt werden, da die Gegenwart desselben eine sichere Sterilisierung verhindert. Glycerin genügt allen Ansprüchen und hat infolge seiner Vermischbarkeit mit Wasser obige Nebenwirkung nicht.

3. Argentum 1 : 1000 und Sublimat 1 : 1000 desinficieren mit Glycerin behandelte Katheter sicher in 15, resp. 30 Minuten, wenn die Lösungen auch durch das Innere der Instrumente gespritzt werden.

Patienten, die sich selbst katheterisieren müssen, rät Verfasser, sich anzuschaffen: zwei Cylinderstandgefäfse, ein weiteres Gefäfs mit einer Spritze, ein Kölbchen mit Glycerin, das öfters gekocht werden kann, und eine längliche Blechschachtel für den Katheter. Die Spritze wird im Standgefäfs mit Argentum nitricum 1 : 1000 stets halb gefüllt aufbewahrt. In den einen Cylinder kommt Argentum nitricum 1 : 1000, in den anderen 3%ige Borsäure. Will sich nun der Kranke katheterisieren, so nimmt er den Katheter aus der Blechschachtel und spritzt

1. das Antisepticum 3 mal mittelst der Spritze durch den Katheter;
2. taucht dann denselben 15—20 Minuten ins Argentum;
3. wäscht denselben in der Borsäurelösung ab und führt ihn ein, nachdem er
4. die äufseren Genitalien, besonders das Orificium und seine Umgebung mit einem feuchten Argentum- oder Sublimattupfer gereinigt und
5. den Katheter in Glycerin getaucht hat. Nach der Harnentleerung wird das Instrument erst mit Wasser tüchtig gewaschen, durchgespritzt und dann dieselben Mafsnahmen zur Reinigung des Instrumentes wie vor dem Katheterisieren, aber in umgekehrter Reihenfolge vorgenommen.

In einem besonderen Kapitel bespricht Verfasser die Therapie der Cystitis und zwar vor allem der bacillogenen und kokkogenen Cystitis. Es kommt hierbei auf die Beseitigung resp. Unwirksammachung der Cystitiserreger an. Dies ist zu erstreben:

1. durch die innere Medikation,
2. durch die lokale Behandlung.

Die erstere vermag, wie Verfasser untersucht hat, nur sehr minimalen Effekt in der Blase auszuüben.

Die lokale Behandlung besteht:

A. in der Instillationsmethode (nach Guyon),

B. in der Spülungsmethode.

Die erstere ist wirksamer und deshalb der letzteren vorzuziehen. Bei chronischer Cystitis, bei Prostatikern mit insufficienter Blase wird man jedoch wegen ihrer Empfindlichkeit die weniger reizenden Blasenspülungen nicht entbehren können.

(Schluſs folgt.)

C. Berliner-Aachen.

Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten, von Dr. Friedrich Albin Hoffmann. Ferdinand Enke. 1893. Stuttgart. Wenn der Verfasser beabsichtigte, dem praktischen Arzte in einem Lehrbuch die über die Konstitutionskrankheiten bekannten Thatsachen festzustellen und ihre Quellen nachzuweisen, so ist ihm das vollkommen gelungen. In klarer Weise, mit der nötigen Skepsis und Kritik werden die Leser über die Anomalien der Konstitution unterrichtet, so daſs jeder sich sehr gut in dem Buche über dieselben orientieren kann. Die übersichtliche Anordnung des Stoffes, die reichlichen Litteraturangaben erhöhen natürlich den Wert des Buches. — Gerade dem Dermatologen ist die Lektüre desselben von Interesse, weil bekanntlich fast alle Konstitutionskrankheiten — vor allem die zu ihnen zählenden sogenannten Bluterkrankungen — auf der Haut Erscheinungen von hervorragender Bedeutung mit sich bringen. Dieselben sind meistens auch ziemlich ausführlich geschildert. Vielleicht hätte man eine genauere Darstellung der Hautanomalien bei Leukämie und Pseudoleukämie (Hodgkinsche Krankheit) gewünscht. Bei letztgenanntem Leiden kommt der Verfasser auch auf die Mycosis fungoides zu sprechen und bezeichnet dieselbe mit Kaposi als Sarcoma cutis. Dem werden wohl kaum die Meisten zustimmen. Die Bezeichnung „Sarcoma cutis“ bedarf wohl eher einer Einschränkung als einer Erweiterung. Eine eingehende Besprechung findet auch die Addisonsche Krankheit. — Die Therapie, bei den Bluterkrankungen etwas stiefmütterlich behandelt, berücksichtigt bei Arthritis, Diabetes, Adipositas in dankenswerter Weise die entsprechenden Diätkuren. Die Ausstattung des Werkes ist eine allen gerechten Ansprüchen genügende.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Hauttuberkulose, von Du Castel (*Bibliothèque médicale Charcot-Debove*, Paris bei Rueff & Co.). Den Forschungen der letzten Jahre (Friedländer, Vidal, Leloir etc.), zumal der Entdeckung des Kochschen Bacillus bei gewissen Hautaffektionen verdanken wir die Ausscheidung aus den vagen als Skrophulose bezeichneten Konglomerate, einer in pathologisch-anatomischer und bakteriologischer Hinsicht genau umschriebenen Krankheitsgruppe, deren ausführliche Zusammenstellung in Bezug auf Symptomatologie und Therapie sich Verfasser in vorliegendem Werke zur Aufgabe gewählt hat.

Die in 5 Kapiteln abgehandelte Symptomatologie umfaſst: 1. die primäre, accidentelle Hauttuberkulose durch Inokulation (Leichentuberkel, Lupus sclerosus Vidal, Tuberculosis verrucosa Riehl und Paltauf); 2. den Lupus (vulgaris und erythematosus); 3. die tuberkulösen Ulcerationen bei Individuen mit Eingeweidetuberkulose; 4. die skrophulo-tuberkulösen Gummen; 5. die in mehr oder weniger un-

mittelbarer Nachbarschaft von tuberkulösen Hautherden auftretenden sekundären Affektionen (Lymphangitis und -adenitis, Lungentuberkulose).

Das letzte Kapitel giebt eine Übersicht aller zur Zeit im Gebrauche stehenden therapeutischen Mafsnahmen, allerdings mit Bevorzugung der französischen Methoden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Häufigkeit der venerischen Krankheiten und die Mittel, dieselben einzuschränken, von A. Laurent. (Paris. Baillière et Fils. 1893.) Der grofse Procentsatz venerischer Krankheiten in gewissen Armeesektionen, speciell dem 3. Armeecorps (Rouen), veranlafste den Verfasser, die Verhältnisse der genannten Affektionen auch unter der Civilbevölkerung zu untersuchen, wobei sich eine entsprechende Zunahme herausstellte. Unter Hinweis auf die schweren Folgen, welche die venerischen Krankheiten für Individuum, Familie und Gesellschaft nach sich ziehen, glaubt er folgende Momente als Ursache der Überhandnahme derselben anschuldigen zu können:

1. Den Fremdeneinfluſs und den Geschäftsverkehr.
2. Die verkehrte und für die öffentliche Gesundheit schädliche Organisation der Arbeit und Beschäftigung (Fabriken, Schenken, Theater etc. etc.).
3. Das Vorherrschen unverheirateter Leute (Universitäten, Garnisonen).
4. Das frühzeitige Geschlechtsleben (wo die Geschlechtsorgane noch nicht hinreichend vorbereitet sind).
5. Die Unreinlichkeit.
6. Die Abschwächung des Körpers durch Überanstrengung, Krankheiten, Not.
7. Den Alkoholmifsbrauch im engeren und weiteren Sinne.
8. Die öffentliche, freie Prostitution.
9. Das Elend unter der weiblichen Bevölkerung, welche Mangels anderen Verdienstes zur Prostitution ihre Zuflucht nimmt.
10. Die Unkenntnis der Bevölkerung bezüglich der Gefahren und Folgen der venerischen Affektionen und deren mangelhafte Behandlung.

Den Weg zur Einschränkung des Übels erblickt Verfasser in der Erfüllung folgender Postulate:

1. Verminderung der Zahl der Schenken etc., sowie aller Zufluchtsstätten der Prostitution.
2. Verbot der Ausübung der Prostitution durch Minderjährige. Aufserdem sollen alle Anstrengungen gemacht werden, die Prostitution überhaupt nach Möglichkeit zu verhindern. Hierbei erhebt er seine Stimme gegen den vielerorts üblichen Gebrauch, an die Prostituierten bei ihrer Einschreibung Karten zu verteilen, wodurch bei ihnen, sowie der übrigen Bevölkerung leicht die Ansicht aufkommt, als betrachte man die Prostitution als einen eigentlichen Beruf. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Therapeutische Mitteilungen, von Erik Pontoppidan. (Kopenhagen 1892.) Verfasser giebt eine Darstellung verschiedener Behandlungsmethoden und deren Resultate, gestützt auf 10 000 Fälle von Haut- und anderen Krankheiten, aus seiner Privatklientel im Fünfjahre 1885—90. Das Buch, hauptsächlich von praktischem Inhalt, ist mehr für Ärzte im allgemeinen, als für Dermatologen von Fach bearbeitet.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Hypodermale Therapie der Syphilis mittelst Quecksilbersalzen im allgemeinen und Quecksilbersozojodolat im besonderen, von Moses Eudlitz. (Paris. Baillière et Fils. 1893.) Auf Grund zahlreicher Untersuchungen kommt Verfasser zu folgenden Resultaten:

1. Die subkutanen Injektionen von Quecksilbersalzen bilden eine gute Behandlungsmethode der Syphilis.

2. Bei Nierenkranken und Kachektischen jeder Art dürfen dieselben nicht zur Anwendung kommen.

3. Ihre Vorteile bestehen in der genauen Dosierung und dem raschen therapeutischen Effekte; ihre Nachteile in der Schmerzhaftigkeit und den lokalen Reaktionen, welche jedoch bei hinreichender Vorsicht bei der Wahl des Präparates, sowie bei der Beherrschung der Technik auf ein Minimum reduciert werden können.

4. Die unlöslichen Präparate sichern die chronische Merkurialisation des Organismus; unter ihnen eignen sich für die schweren Fälle das Kalomel und das gelbe Oxyd, in den leichteren das graue Öl und das Thymolo-Acetat.

5. Von der Verwendung unlöslicher Präparate soll abgesehen werden, wenn die Kranken nicht beständig beaufsichtigt werden können, sowie bei schlechtem Zustande der Mundhöhle.

6. Als lösliche Salze sind zu empfehlen: das Sublimat, das Hg-Peptonat, das Bijodid.

7. Das Sozojodolat ist ein sehr wirksames Präparat, verursacht aber bedeutendere Schmerzhaftigkeit, weshalb es nur bei wenig empfindlichen Patienten angewendet werden kann. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten, von P. G. Unna. Aus Dr. Unnas dermat. Labor. in Hamburg. (*Berl. klin. Woch.* 1892. No. 49.) Die Arbeiten von Grawitz über „Schlummerzellen", deren Ergebnisse Unna allerdings nicht acceptiert, haben das Verdienst, die Aufmerksamkeit auf die Zellen des Bindegewebes mehr gelenkt zu haben. Allerdings hat Grawitz sich durch die Präparationsmethoden den Einblick selbst gestört, da die Müllersche Flüssigkeit, die Chromsäure, die Flemmingsche Lösung und ähnliche die Protoplasmafärbung verhindern. Unnas Methylenblaumethode, welche letztere ermöglicht, erheischt unbedingt die Anwendung reinen Alkohols; jeder Zusatz, sogar schon Gerbsäurespuren aus dem Pfropfen, vereiteln dieselbe. Die Alkoholpräparate werden mit altem methylenviolett- und methylenrothaltigen, basischen Methylenblau 1/4 Stunde bis eine Nacht gefärbt, in Wasser abgespült, 1/4 Minute in Glycerinäthermischung gebracht, wieder sorgfältig in Wasser abgespült, in absolutem Alkohol entwässert, in Bergamottöl aufgehellt und in Balsam montiert. Dadurch stellt man Plasma- und Mastzellen polychromatisch dar, ebenso Mitosen, Hornbakterien, Organismen nekrotischer Partien. Will man gleichzeitig das acidophile Kollagen färben, dann bringt man die Schnitte nach Überfärbung in alkalischer Methylenblaulösung (4—6 Stunden) in spirituöse, neutrale, verdünnte Orceinlösung während einer Nacht. Die Plasmazellen werden prachtvoll blau, die Mastzellen kirschrot, das Kollagen orceinrot. Das Kernchromatin darf bei einer guten Protoplasmafärbung nicht stark gefärbt sein; eine Ausnahme machen nur Mitosen. — Bei vielen pathologischen Prozessen findet man nach diesen Methoden zahlreiche, grofse Mengen körniges Protoplasma enthaltende Zellen, die „Plasmazellen", dunkel gefärbt, während die Mastzellen kirschrot werden. — Die Plasmazellen sind als einseitig hypertrophische Bindegewebszellen zu definieren mit Maximalsteigerung der körnigen Bestandteile

von runder, ovaler oder kubischer Gestalt. Der ovale Kern liegt häufig am Ende der Zelle, er erscheint bei der Protoplasmafärbung hell in der dunkelblauen Zelle. Mitosen sind selten. — Die Plasmazellen liegen in Hohlräumen des kollagenen Gewebes, sind nicht durch Fortsätze verbunden, stehen zur Genese des fibrillären Bindegewebes in keiner Beziehung. —

Diese Plasmazellen sind ein wichtiger Bestandteil zelliger Infiltration bei vielen Hautkrankheiten, stellen das Muttergewebe wichtiger Degenerationsprodukte dar. Zunächst wandte Verfasser seine Aufmerksamkeit dem in etwa der Hälfte der Fälle vorhandenen zelligen Infiltrat bei Carcinom zu und fand, daſs dasselbe fast ganz aus Plasmazellen besteht, die keine weitere Degeneration eingehen. Besonders die sich langsam entwickelnden Epitheliome zeigen ein ausgedehntes Plasmom. Die breiteste Infiltrationszone zeigt das „Ulcus rodens" und das Pagetsche Carcinom der Brustwarze im ekzematoiden Stadium. Durch dieses stark entwickelte Plasmom stehen die Carcinome den Infektionsgeschwülsten näher als den Sarkomen. —

Die Spindelzellensarkome zeigen nur einzelne Plasmazellen, bei den Rundzellensarkomen dagegen bilden die Plasmazellen ein regelmäſsiges Vorstadium der Sarkomzellen. Letztere entstehen aus ersteren durch Atrophie des körnigen Protoplasmas, Abnahme der specifisch tingierbaren Körner. — Dieses ist von Bedeutung für die Auffassung des Granuloma fungoides, das sich vom Sarkom scharf trennen läſst, mit dem es nur die groſse Zahl der Mitosen gemeinsam hat. Während das Rundzellensarkom sich durch Uniformität der Zellen auszeichnet, herrscht beim Granuloma fungoides die Polymorphie; ferner ist letzteres reich an Lymphspalten, die mit basophilen Bröckeln gefüllt sind, und an Mastzellen, die im Sarkom fehlen. Es ist am besten den Granulomen zuzuzählen, obgleich sich seine Plasmazellen von den syphilitischen und tuberkulösen scharf abgrenzen lassen. —

Diese Forschungen zeigten Unna auch, daſs das Ulcus molle der Typus eines langsam nekrotisierenden Granuloms ist, ein Knoten von Plasmazellen, der nur weich ist, weil das kollagene Gewebe nicht mitwuchert. Ähnliches gilt vom Ulcus serpiginosum.

Aber auch bei Akne und Trichophytie ist das Plasmom ausgebildet. In der Aknehaut findet man rings um die Follikel progressive Störungen; die verschiedenen hypertrophischen Elemente sind da gemischt. Dasselbe zeigt die Trichophytie, sobald sie in die Haarbälge sich hineinerstreckt. —

Da die Hauptzellen der Granulome sich als hypertrophische Bindegewebszellen erweisen, fragt es sich, ob dieses auch bei den gewöhnlichen Wundgranulationen der Fall ist. Das ist in der That der Fall, denn die Plasmazellen bilden den Hauptteil der jüngeren Granulationszellen. Es ist also das Dasein derselben nicht an bestimmte Infektionen gebunden. Sie sind aber rein pathologische Gebilde, die im embryonalen Gewebe nicht nachweisbar sind; sie sind der Ausdruck einer starken, chronischen, progressiven Ernährungsstörung. — Zum Schluſs giebt Unna dem Wunsche Ausdruck, den Ausdruck „Rundzelle" als einen Scheinbegriff durch die Kenntnis der Plasmazellen verschwinden zu sehen. *Jessner-Königsberg i Pr.*

Wasserabgabe durch Haut und Lunge bei Fiebernden, von Theodor Schmitt. (Inaug. Dissert. München 1892.) Verfasser bestimmte die Wasserabgabe durch Haut und Lunge auf indirektem Wege, indem er von der Menge der aufgenommenen Flüssigkeiten die durch Harn und Fäces ausgeschiedenen substrahierte, eine immerhin nicht sehr genaue Methode. Zehn Kranke wurden untersucht. Er fand, daſs die Menge des durch Haut und Lunge abgegebenen Wassers zwischen 55,4% und 77,2% bei Fiebernden schwankt. Die Temperaturen der Untersuchten waren nur mäſsig hoch; die durchschnittliche höchste Temperatur betrug 37,6—38,7. Sind deshalb schon

die Ergebnisse für die in Rede stehende Frage nicht maſsgebend, so spricht noch mit, daſs auch zwei Tuberkulöse zu den Untersuchten gehörten, die ja an sich eine erhöhte Flüssigkeitsausscheidung durch die Haut haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Physiopathologie der Nebenniere, von St. Supino. (*Riform. med* 1892. Bd. III. pag. 208. *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatom.* 1892. No. 24.) Verfasser studierte das toxische Vermögen des Blutes von Tieren, denen eine Nebenniere entfernt war, und die Injektionen von Neurin. Er fand folgendes:

1. Kaninchen können den Verlust einer und beider Nebennieren überleben.

2. Das Blutserum von Kaninchen, denen beide Nebennieren, und von Kaninchen und Hunden, denen nur eine Nebenniere exstirpiert war, übt auf Frösche eine toxische, kurarisierende Wirkung aus.

3. Die Toxicität des Blutes nach Exstirpation beider Nebennieren ist viel höher als nach Exstirpation nur einer derselben.

4. Die Toxicität des Blutes besteht noch nach einigen Jahren fort.

5. Die Injektionen von Neurin wirken bei Kaninchen anders als die Exstirpation der Nieren, bei Fröschen ähnlich wie die Injektion des Blutes von den der Nebennieren beraubten Tieren. Die Dosen Neurin und Blutserum, die zur Tötung des Tieres nötig sind, sind sehr verschieden. (?)

Bei der Wiederholung der Versuche von Zucco (siehe Referat!) hatte Verfasser niemals Pigmentbildung beobachtet; die Folgen täglicher Injektionen minimaler Dosen Neurin waren niemals dieselben, wie diejenigen, welche die der Nebennieren beraubten Tiere darbieten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Lehre von der trüben Schwellung in ihrer Entwickelung und Bedeutung, von J. Benario. (Preisgekrönte Schrift. Würzburg 1891.) Die Zelle ist, wie dies der Botaniker Schleiden für die Pflanze, Schwann und Virchow für den tierischen Organismus nachgewiesen haben, als das letzte Formelement anzusehen, von dem alle Thätigkeit des Lebens ausgeht. Diese Thätigkeit der Zelle äuſsert sich jedoch nur durch von auſsen auf verschiedenen Wegen zugeführte, erregende Momente, sogen. „Reize". Die Eigenschaft der Zelle, auf solche Reize zu reagieren, bezeichnet man mit „Reizbarkeit", und den Zustand, in welchem sich die gereizte Zelle befindet, heiſst man „Reizung". Die Reizung äuſsert sich nach drei Richtungen hin, nach Funktion, Nutrition und Formation, je nachdem die veranlassenden Reize funktioneller, formativer oder nutritiver Natur sind. Als der Ausdruck der höchsten nutritiven Reizung ist die von Virchow beschriebene und so benannte „trübe Schwellung" zu betrachten, die „Infiltration albumineuse" der Franzosen.

Rindfleisch beschreibt die trübe Schwellung als eine Veränderung des Zellprotoplasmas, vermöge deren dasselbe dunkler im durchfallenden Licht, opaker im auffallenden erscheint und seine Form mehr oder weniger zu Gunsten der Kugelform aufgegeben hat. Dies ist die Form des einzelnen Zellelementes. — Makroskopisch sieht man eine mäſsige Schwellung des ganzen Organs, verbunden mit einer Verfärbung ins Weiſse, Opake und mit einer deutlichen Konsistenzveränderung ins Unelastische, Teigige, aber ohne Hyperämie und interstitielle Exsudation. Die von der trüben Schwellung befallenen Organe sehen aus, wie Virchow treffend bemerkt, als ob sie „gekocht" wären.

Neben dem Protoplasma erleiden auch die anderen Zellbestandteile, der Kern und das Kernkörperchen, bei der trüben Schwellung Veränderungen. — Verfasser beschreibt den Proceſs und die begleitenden Umstände näher.

Die „trübe Schwellung" als Ausdruck der höchsten nutritiven Reizung wird

durch mechanische oder chemische Reize hervorgerufen. In diesem gereizten Zustande saugen die konstituierenden Elemente des Gewebes kraft der ihnen eigenen nutritiven Thätigkeit eine reichlichere Masse von Material auf, welche ihnen durch eine quantitativ vermehrte und qualitativ veränderte, aus den Blutgefäfsen exsudierte Ernährungsflüssigkeit zugeführt wird. Diese Vermehrung von Ernährungsflüssigkeit führt ihrerseits zu einer Art Hypertrophie — zur „parenchymatösen Schwellung", welche wiederum ein Kardinalsystem der „parenchymatösen Entzündung" bildet.

Während nach Virchow die trübe Schwellung einen Vorgang aktiver Zellleistung progressiver Natur darstellt, sehen neue Autoren, Wegner, Klebs, dieselbe als einen degenerativen Zustand an, beruhend auf einer passiven, chemischen Veränderung, auf einem Zerfall des Zelleiweifses.

Verfasser bespricht eingehend die sich einander gegenüberstehenden Anschauungen der verschiedenen Autoren, beschreibt dann an der Hand der einschlägigen Litteratur die Veränderungen an den quergestreiften Muskeln bei der parenchymatösen Entzündung, namentlich des Herzmuskels — der „Myocarditis", ferner die Veränderungen bei der akuten, gelben Leberatrophie, bei den sekundären, durch Intoxikation und Infektion hervorgerufenen Degenerationsprocessen, z. B. der Scharlachniere, der Phosphorleber, der Säuferniere etc.

Zum Schlusse finden die vom Verfasser an Ratten und Mäusen angestellten Versuche, die mikroskopischen Befunde Erwähnung.

In einem Nachtrage würdigt Verfasser die jüngst erschienene Schrift von Lukjanow, *Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Zelle* einer eingehenden Besprechung. *C. Berliner-Aachen.*

Angioneurosen.

Beitrag zur Pathogenese der infektiösen Purpura ecchymotica bei den Säuglingen, von H. Sommer. (*Arch. ital. di pediatria.* 1892. No. 1.) Das Resumée des Verfassers über das noch wenig gekannte Leiden lautet:

1. Bei der Gruppierung der hämorrhagischen Infektionen des ersten Kindesalters mufs die ekchymotische Purpura, bisher noch wenig oder gar nicht bekannt, eine legitime Stellung einnehmen.

2. Sie ist klinisch selten anzutreffen und entwickelt sich gewöhnlich in der Periode zwischen Geburt und Entwöhnung.

3. Nach Klinik, Pathogenese und Ätiologie ist sie eher als pathologische Specialität denn als Varietät der bisher bekannten hämorrhagischen Diathesen zu betrachten, von denen sie sich hervorragend unterscheidet.

4. Sie charakterisiert sich a) durch Manifestierung hämorrhagischer Flecken über der ganzen Hautfläche, die denen der Ekchymosen vollständig gleichen, von denen jeder die Gröfse eines Franks bis zu der eines Thalers hat; b) durch sehr beschleunigte und gleichzeitige Entwickelung derselben; c) durch Integrität des Organismus des afficierten Kindes; d) durch vollständige Fieberlosigkeit; e) durch Mangel einer anderen vorgeschrittenen Krankheit; f) durch vorhergegangene oder koexistierende, akute Erkrankungsprocesse des Darms.

5. Obgleich das pathologische Wesen der Krankheit noch nicht bakteriologischen Forschungen unterzogen wurde, so kann man doch annehmen, dafs es in einem pathogenen Mikroorganismus intestinaler Herkunft bestehe, der durch die venösen Gefäfse in den Organismus hineingelangt ist und vielfache Thromben in den Hautkapillaren erzeugt, durch welche erstere Nekrose der Gefäfswandungen und Hämorrhagie sich entwickeln.

6. Es bildet sich sodann ein Infektionsprocefs, dessen Bezeichnung man am geeignetsten als Purpura ecchymotica infectiosa erklären kann.

7. Derselbe wird niemals unabhängig von Ausnahmezuständen betrachtet werden können, bei denen das Gefäfssystem entweder durch kongenitale Disposition des Kindes oder durch histologische Anomalien der Gefäfswandungen gestört ist, die sich einer gründlichen Erforschung entziehen.

8. Die Prognose ist stets eine reservierte, da die Teilnahme der inneren Organe an dem Procefs in der Haut unbekannt ist.

9. Die Behandlung ist die bei Infektionskrankheiten übliche.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eine besondere Form von neuropathischem Ödem, von A. Mathieu. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 11.) Nach einem kurzen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Lipom, Pseudo-Lipom und Ödem trägt M. seine schon früher geäufserte Ansicht vor, dafs, da er das Pseudo-Lipom schon mehrfach bei arthritischen Personen, die an Ischias litten, beobachtet habe, ein Zusammenhang zwischen dem Ödem einerseits, dem Arthritismus und dem Nervosismus andererseits bestehen müsse. Arthritismus, dieser etwas mystische Begriff der Franzosen, in dem sie arthritische, rheumatische und zum Teil auch diabetische Anlage zusammenwerfen, „werde mehr und mehr nur als eine besondere Modalität der konstitutionellen Neuropathie betrachtet". Die zur Stütze dieser Ansicht mitgeteilte Krankengeschichte betrifft eine 58jährige Frau mit Arteriosklerose, doppelseitiger Ischias und rheumatoiden Schmerzen in den Unterextremitäten. Dazu gesellte sich ein Ödem der letzteren, das, ähnlich dem Ödem der Elephantiasis nostras, am Fufsgelenk mit einem Wulst aufhörte und wie das Pseudo-Lipom für den Finger nicht eindrückbar war. Für dieses Ödem nun vermutet M. einen neuro-arthritischen Ursprung und schlägt die Bezeichnung Pseudo-Elephantiasis rheumatica s. neuro-arthritica vor. *Türkheim-Hamburg.*

Gegen das **Brennen bei Urticaria** und das Jucken bei anderen Hautkrankheiten verwendet Bourdeaux folgende Zusammensetzung:

Aq. calcis
Aq. Laurocer.
Glycerin. pur. ää 100,0.

MDS. Die erkrankten Teile sind damit einzureiben und ohne vorheriges Abtrocknen mit einer dünnen Schicht Watte zu bedecken. Die Linderung stellt sich sofort ein. (*Journ. des mal. mal. cut. et syph.* 1893. S. 118.) *Türkheim-Hamburg.*

Bemerkungen über das akute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödems, von Georg Avellis. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 46—48.) Verfasser unterscheidet ein akutes, einfaches, nicht infektiöses, benignes und ein infektiöses, malignes, primäres Larynxödem; letzteres ist wohl identisch mit dem Erysipel des Larynx. Zu ersterer Form gehören 4 Arten: das idiopathische, traumatische, angioneurotische und Arznei-Ödem. Nur letzteres interessiert uns hier, da es durch Jod hervorgerufen wird; ob auch Quecksilber dasselbe bewirken kann, ist sehr fraglich. Das Jodödem ist in ca. 12 Fällen bisher bekannt geworden. Verfasser fügt noch zwei hinzu. Es macht oft die Tracheotomie nötig. Sicher giebt es aber auch leichtere Fälle, in denen es übersehen wird und unbeachtet bleibt. Interessant ist ein geschilderter Fall, in dem nach Jod bei einem mit einer Rekurrenslähmung behafteten Patienten nur ein halbseitiges Ödem entstand, und dieses nur die gesunde Kehlkopfhälfte betraf. Ob die fehlende Innervation der kranken Hälfte das Jodödem verhinderte? *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über symmetrische Gangrän, von Wilhelm Giersbach. (Inaug.-Dissert. Bonn 1892.) Das in letzter Zeit viel behandelte Thema der symmetrischen Gangrän ist auch der Gegenstand dieser Dissertation, die sonst nichts neues bringt. Bei der Zusammenstellung der in der Litteratur veröffentlichten Krankheitsfälle unterscheidet Verfasser nach Goldstandt drei Gruppen: Die erste umfaßt die dem von Raynaud gezeichneten Bilde genau entsprechenden, die zweite die gleichzeitig mit anatomisch nachweisbaren Nervenkrankheiten einhergehenden, die dritte die von Infektionskrankheiten, zu denen auch die Syphilis zählt, abhängigen.

(Ich möchte diese Einteilung nicht für eine glückliche halten, da alle Fälle von „symmetrischer Gangrän" in Abhängigkeit vom Nervensystem und speciell in Beziehung zur Syringomyelie stehen, mag die Anomalie des Nervensystems durch ein infektiöses Agens oder eine andere Schädlichkeit bedingt sein. Gangränöse, selbst symmetrische Processe, die nicht ungefähr dem Raynaudschen Krankheitsbilde entsprechen und nicht auf nervöser Basis beruhen, zählen nicht zu der „symmetrischen Gangrän". D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kasuistik der embolischen Gangrän, von Heinrich Bally. (Inaug.-Dissert. 1891 München.) Verfasser giebt vier Fälle von embolischer Gangrän wieder, die durch das akute Auftreten, durch neuralgiforme Schmerzen etc. sich kennzeichnen, und citiert des weiteren die einschlägige Litteratur. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Urticaria evanida factitia, geheilt durch Anwendung des konstanten Stromes, von G. Sganga. (*Riforma medica.* 1893. No. 72.) Die Affektion zeigte sich bei einem 22jährigen sehr „nervösen" Studenten und bestand neben einem außerordentlich heftigen allgemeinen Pruritus in dem zeitweiligen Auftreten großer Urticaria-Quaddeln, die aber jeweilen ungemein rasch wieder verschwanden (Urticaria evanida Willan). Daneben war die Haut, abgesehen von einer ausgesprochen allgemeinen Hyperästhesie normal und trug keine Spuren von Kratzeffekten; zugleich hat sie in ausgeprägtester Weise das Phänomen des Dermographismus. Verfasser nimmt an, daß es sich bei dem Patienten um eine stark erhöhte Erregbarkeit der Vasomotoren gehandelt habe, und bespricht bei dieser Gelegenheit die verschiedenen Theorien über die Ursachen derselben. Der vorliegende Fall betrifft ein durch andauernde deprimierende Gemütsaffekte leicht erregbar gewordenes Individuum mit gestörtem Gleichgewicht zwischen Vasodilatatoren und -Konstriktoren.

Im Vertrauen auf die antiparalytische Wirkung des galvanischen Stromes unterzog Verfasser den Patienten einer elektrischen Behandlung mit gleichzeitiger innerer Darreichung von Strychninpräparaten. Der Erfolg entsprach auch den Erwartungen vollkommen, weshalb er der Elektrotherapie in der Dermatologie eine ausgedehntere Anwendung wünscht, als man ihr gewöhnlich angedeihen läßt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Raynaudsche Krankheit und ähnliche Zustände. (*Riforma medica.* 1893. No. 70.) Raynaud unterschied bekanntlich bei der nach ihm benannten Affektion resp. Symptomenreihe 3 Phasen: (Synkope, Asphyxia, Gangräna symmetrica) und betrachtet dieselbe als eine einfache funktionelle Störung ohne Zusammenhang mit organischen Läsionen. Dementgegen behauptet Verfasser, daß dies nicht für alle Fälle zutreffe, und wünscht er, daß die Bezeichnung Raynaudsche Krankheit auf diejenigen pathologischen Zustände beschränkt werde, welche jener als Asphyxie der Extremitäten bezeichnet hat. S. Hutchinson unterscheidet, unter Berücksichtigung der Lokalisation des Leidens, eine Akro-Arthritis, — Dermatitis, — Sklerosis, — Dynie, — Anästhesie. Wie nun, nach Verfassers Ansicht, diese Bezeichnungen zur Klassifikation der verschiedenen Fälle Raynaudscher Krankheit hinreichen mögen, so

beziehen sie sich andererseits nur auf verschiedene Phasen einer und derselben Affektion und nicht auf bestimmte organische Läsionen.

Die Symptome, welche den Komplex der Akropathologie bilden, würden sich also gruppieren lassen:

1. Blässe (infolge der Leere der Gefäfse).
2. Kongestion, infolge kapillarer Stase (rotbraune Färbung).
3. Intensiver gefärbte Flecke, welche diese Kongestion begleiten.
4. Cyanose.
5. Sklerose (mit Marmorierung der betroffenen Teile).
6. Gangrän in der Cutis (durch arterielle Kontraktion).
7. Onyxis und Arthritis.
8. Frostbeulen und andere entzündliche Erscheinungen.

Der Affektion sind vorzüglich Individuen mit grofser Empfindlichkeit gegen Kälte ausgesetzt; allerdings werden auch solche mit normalen Cirkulationsverhältnissen vom Leiden betroffen; in letzteren Fällen mufs die Dauer der Kälteeinwirkung in Betracht gezogen werden.

Als ätiologische Momente werden angeführt: Heredität, Gicht, Infektions- und andere, auch entzündliche Krankheiten, zumal solche der Thoraxorgane; Frauen sind der Affektion mehr ausgesetzt als Männer; auch dürften die venerischen Krankheiten, welche Cirkulationsstörungen bedingen, eine ätiologische Rolle spielen; endlich lassen sich für viele Fälle gar keine Ursachen nachweisen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Akute Exantheme.

Über die Umwandlung der Variola in Vaccine, von Fischer-Karlsruhe. (*La Semaine médicale.* 28. September 1892.) Auf Grund exakter Versuche betont Verfasser gegenüber Chauveau die Identität des Variola- und Vaccinegifts. Er hat den Inhalt von Pockenpusteln, Pockeneiter, Pockensubstanz mit Glycerin verrieben und Kälbern eingeimpft. Die entstandenen Pusteln glichen vollkommen den Kuhpocken. Diese wurden weiter geimpft, und von der 12. Generation wurde Lymphe entnommen, die bei Kindern den besten Erfolg hatte. Eine zufällige Infektion der Kälber mit Vaccinevirus ist sicher ausgeschlossen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Dauer der Schutzkraft der Vaccine nach der Kuhpocken-Impfung, Inaugural-Dissertation von Georg Diewitz. (Greifswald 1891.) Die sehr hübsch geschriebene Dissertation giebt nach einer historischen Einleitung über die Bedeutung der Vaccination den Bericht über die an 479 revaccinierten Fällen gemachten Beobachtungen betreffend die Schutzkraft der Impfung. Aus demselben geht hervor, dafs bei 95% die Revaccination positiv ausfiel. Es reicht also die Schutzkraft der Impfung nicht bis zum 12. Lebensjahre, dieselbe müfste höchstens für 10 Jahre gemäfs einem seiner Zeit in den Verhandlungen der Reichs-Impfkommission von Koch gestellten Antrage angenommen werden.

Betreffs des Verhältnisses der Schutzkraft zur Zahl der aufgegangenen Pusteln kommt Verfasser zu dem Ergebnisse, dafs allerdings die Zahl der Pusteln für die Dauer des Schutzes von Bedeutung ist. Je höher die Zahl der Blattern bei der Erstimpfung, desto gröfser die negativen Erfolge bei der Revaccination, so dafs diese bei 10 Blattern nur 36,8%, bei 15—17 Blattern nur 18% beträgt. Es ist der Erfolg der Revaccination umgekehrt proportional der Zahl der Pusteln.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Komplikation der Varicellen (Varicellae gangraenosae), von Demme. (*Wien. Med. Blätter.* 3. April 1892.) Während in der Mehrzahl der Fälle die Inkubation

13—14 Tage dauert, hat D. Fälle beobachtet, in denen sie nur 3—4 Tage, und solche, in denen sie 3 Wochen dauerte. Bei einem 18 Monate alten Kinde gingen stürmische, blutige Diarrhoen, Erbrechen, hohes Fieber voraus, die beim Ausbruch des Exanthems schwanden. Auffallend war in zwei Fällen das Hinschleppen der successive erfolgenden Eruptionen über 14 Tage. Jeder der scharf getrennten Varicellenausbrüche war von einem „Rash" begleitet. In beiden Fällen trat am 6.—8. Tage nach dem letzten Ausbruche eine Nephritis auf. — Der von Biedert erwähnte gangränöse Zerfall der Varicellenbläschen wurde von Demme zweimal beobachtet. Bei dem einen Kinde von 2½ Jahren trat mit dem Ausbruch kein Sinken der Temperatur ein, dagegen Erbrechen, Diarrhoe, die später blutig wurden. Die Bläschen erhielten ein dunkelviolettes Aussehen, es entstanden gangränöse Zerstörungen an Stelle der Bläschen. Das Kind starb unter plötzlichem Temperaturabfall, leichten Konvulsionen. Von dem Obduktionsbefund ist die Thrombose einiger zu den zerfallenen Stellen führender Venenstämme bemerkenswert. Eine Leukocytose, die im Leben nachgewiesen war, konnte wohl nur als Folge der Gangrän angesehen werden. Diese war auch bei dem zweiten Fall zu konstatieren, bei dem tiefgehende gangränöse Zerstörungen bestanden. Das Kind genas. Sehr günstig wirkte die Jodbehandlung: Abspülungen mit modificierter Lugolscher Lösung (Jod. pur. 1,0, Kali jodat. 10,0, Aq. dest. 500,0), Bepinseln mit Jodtinktur und Verband mit Jodoformgaze. — Ein Fall zeigte ulcerösen Zerfall der Bläschen ohne Gangrän, ein anderer tuberkulöse Beschaffenheit der ulcerativ zerfallenen Windpocken; die Mutter des letzteren Kindes litt an Lungentuberkulose. Die tuberkulösen Geschwüre heilten unter Sublimatbädern und Jodoformbehandlung, nur Lymphdrüsenschwellungen blieben zurück. — Zum Schluſs bemerkt der leider so früh verstorbene verdienstvolle Pädiater, daſs die Impfung bei Kindern, die Varicellen überstanden hatten, stets positiv ausfielen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über die Pathogenese und Ätiologie der Vaccine- und Variola-Infektion, von Prof. Guarnieri (*Archivio per le Scienze mediche.* 1892. No. 22.). Die Untersuchungen des Verfassers beziehen sich zunächst auf variolöses Material vom Kadaver im präpustulösen und pustulösen Stadium. Konstant gelang es ihm mit Hülfe der gewöhnlichen Färbemethoden im Innern der Epithelzellen charakteristische, bisher nicht so einläſslich beschriebene Körperchen nachzuweisen. Dieselben waren in Vakuolen eingeschlossen von unregelmäſsiger Form, meist in der Einzahl (selten zu 3) in einer Zelle, von verschiedener Gröſse (bis zur Hälfte des Kerns), die aber stets proportional blieb zum Volumen der Vakuole. An den seltenen Stellen, wo sie den Kern berührten, blieb dieser in seiner Form unverändert, während sie sich selbst seinen Konturen anpaſsten, was auf eine weiche Konsistenz derselben hinweist. Auſser diesen Gebilden enthielten die Vakuolen zuweilen noch andere korpuskuläre, kokkenartige Elemente, an denen sich ein peripherer, membranöser und ein centraler Teil unterscheiden lieſs.

Diesen Befund am Kadaver hat G. mit den Verhältnissen bei der Vaccine verglichen und analoge Zustände vorgefunden. Er impfte zu diesem Zwecke Kuhpockenlymphe auf die Cornea von Kaninchen und untersuchte die entstandenen Veränderungen im hängenden Tropfen. Auch hier enthielten die Epithelzellen kleine, von hellem Hofe umgebene Körperchen mit Kern und Vakuolen. Diese Körperchen zeigten deutliche, amöboide Bewegung. Es lieſs sich ferner nachweisen, daſs ihre Vermehrung durch einfache Querteilung, durch Karyokinese und durch Bildung von Gymnosporen von statten ging.

In dritter Serie impfte er auf die Cornea variolösen Eiter vom Menschen, wiederum mit demselben mikroskopischen Resultate.

G. ist nun überzeugt, daſs diese amöboiden Körperchen, welche er mit solcher

Konstanz in den Efflorescenzen sowohl der Variola wie der Vaccine vorgefunden, zu den Protozoen von der Klasse der Sporozoen zu zählen sind und nennt sie vorläufig Citoryctes (variolae et vaccinae) wegen ihrer Eigenschaft, das Protoplasma, in dem sie sich niedergelassen haben, zu verzehren.

Wir besitzen demnach in der vorliegenden Abhandlung einen neuen Beleg für die Identität des Variola- und Kuhpockengiftes, welche Ansicht in letzter Zeit vornehmlich durch Haccius und Eternod (v. u. a. Ref. in *dieser Zeitschrift* Bd. XV. No. 6) lebhaft verfochten worden ist. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Eine neue Methode zur Auffindung des Vaccineerregers, von Siegel. (*Deutsche med. Wochschr.* 1893. No. 2.) Die eine Zeit lang herrschende Ansicht, daſs der Erreger der Pocken unter den Protozoen zu suchen sei, scheint sich nicht zu bestätigen. Der Verfasser begann seine Versuche mit der Injektion von 1,0—2,0 animaler, mit Wasser verdünnter Lymphe in die Peritonealhöhle von Kälbern und Ziegen, die, ohne Krankheitserscheinungen zu zeigen, nach 4—8 Tagen getötet wurden. Der Befund war ein überraschender: Das Peritoneum war mit einem fibrinösen, leicht abziehbaren Belage bedeckt; auf ihm zerstreut, an einzelnen Stellen dicht zusammenliegend, saſsen hirsekorngroſse Knötchen in groſser Zahl. Die Lymphdrüsen des Mesenteriums waren bis taubeneigroſs, zeigten das Bild einer akuten Entzündung mit Hämorrhagien. Niere und Milz waren normal; die Leber war geschwollen, zeigte stets bis bohnengroſse verfettete Stellen und in einzelnen Fällen auch linsengroſse flache Erweichungsherde unter der Kapsel. Von Leber und Drüsen geimpfte Blutserumröhrchen zeigen nach 2—3 Tagen kleine, zerstreut liegende Pünktchen, Reinkulturen derselben Bakterienart, die zu den Kokken oder kurzen Bakterien gehörte. Auf Gelatine bewirken diese Bakterien keine Verflüssigung, verbreiten sich von der Impfstelle wie ein durchsichtiger Schleier über die Oberfläche. Die Untersuchung im Schnitt, erschwert durch die auſsergewöhnliche Pigmentinfiltration, gelang mit Kühneschem Karbolmethylenblau und Auswässerung ohne Alkoholbenutzung. Die Injektion der Reinkulturen bei einer Ziege bewirkte dasselbe Bild, wie diejenige der Lymphe. Bei kleineren Tieren war die Impfung bisher stets negativ. — Bei der Impfung von Menschen mit der Reinkultur entstand Schwellung und Rötung, aber keine Pustel. Nach 14 Tagen wurden dieselben Personen, 8 Erwachsene, 3 Kinder, mit wirksamer animaler Lymphe geimpft; von den Erwachsenen bekam nur eine charakteristische Impfpusteln, dagegen waren bei den Kindern die Erfolge durchaus positiv.

Verfasser zieht aus seinen Versuchen den Schluſs, daſs durch seine Züchtungsmethode das Vaccinekontagium an Virulenz verliert.

(So wahrscheinlich es ist, muſs es doch noch zweifelloser bewiesen werden, daſs die gezüchtete Bakterienart wirklich die Trägerin des Vaccinegiftes ist und nicht ein in demselben befindliches, der nur in der Vaccine den geeigneten Nährboden findet. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über rudimentäre Blattern (Varioles frustes), von M. Coste. (*Rev. de méd.* 1892, No. 10, ref. *Deutsche Med.-Zeit.* 1893. No. 14.) Verfasser beschreibt die Blatternfälle, in denen der ganze Ausschlag in 1—3 zerstreuten Pusteln bestand. Die Allgemeinerscheinungen, der Nachweis der stattgehabten Infektion begründen die Diagnose. Die Fälle von Variola sine Variolis werden wohl solche sein, bei denen vereinzelte Pusteln nicht bemerkt wurden. Adler berichtet in der *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis* 1875 über Fälle, wo nur eine Pustel am Hornhautrand bestand. Trousseau führt Fälle von Variole fruste an, bei denen nur wenige Pusteln am Gaumensegel und im Pharynx zu finden waren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Rubeolenfrage, Inaugural-Dissertation von Georg Wirth. (Erlangen 1892.) Die Dissertation bringt 20 Krankengeschichten von Rubeolakranken, die naturgemäfs wenig Interessantes bieten mit einer kurzen Einleitung, die die Selbständigkeit des Leidens betont. Die gleichmäfsige Leichtigkeit und Gutartigkeit aller Fälle, die normale oder kaum erhöhte Temperatur, die fehlenden oder dürftigen Prodrome, die Beschaffenheit des Exanthems, der Mangel einer Abschuppung und von Nachkrankheiten, der Umstand, dafs Rubeola weder gegen Masern noch gegen Scharlach schützt, — alle diese Momente geben der Rubeola ihren Charakter. — Wenn Verfasser meint, dafs die Flecke niemals die Gröfse von Masernflecken erreichen, so kann Referent ihm darin nicht beistimmen; ebenso kann nicht zugegeben werden, dafs die Temperatur stets normal ist. Im Beginn kommt hohes, aber schnell schwindendes Fieber vor. Im Einzelfalle wird die Diagnose „Rubeola" oft nicht leicht sein, aber das Gesamtbild einer Epidemie — denn vereinzelt kommt Rubeola selten vor — ist für das Leiden so charakteristisch, dafs man dasselbe sicher von Scharlach und Masern abgrenzen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen besonderen Streptococcus, welcher von einem Scharlachkranken gezüchtet wurde, von d'Espine-Genf und Marignac. Par. Acad. d. Méd. 8. Juni 1892. (*Bull. médical* 1892. No. 47.) Aus dem am zweiten Tage der Eruption entnommenen Blute eines Scharlachkranken konnte in Bouillon ein Streptococcus gezüchtet werden. Derselbe bildet kurze Ketten, nur aus einigen Körnern bestehend; auf Kartoffeln bildet die Kolonie einen grauweifsen Fleck. Milch wird durch den Coccus nach 2—3 Tagen in ein solides Gerinnsel und eine klare Flüssigkeit geteilt, was andere Streptokokken nicht thun. Bei weifsen Mäusen erzeugt er nur einen unbedeutenden Reiz. (Bei wieviel Fällen ist der Coccus denn gefunden? Der Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mifsbildungen.

Die Entfernung von überflüssigen Haaren vermittelst der Elektrolyse, von Fred. J. Leviseur. (*Med. Record.* Febr. 1892.) Alle möglichen und unmöglichen Mittel werden namentlich vom weiblichen Geschlechte gebraucht, um die überflüssigen entstellenden Haare im Gesichte zu entfernen. Verfasser führt einige dieser Mittel an, die zwar die Haare zu beseitigen, aber das Nachwachsen derselben nicht zu verhindern im stande sind. Am meisten nachhaltigen Erfolg hat die Epilation der Haare vermittelst Elektrolyse, die zuerst zu diesem Zwecke von Michel in St. Louis angewendet worden ist. Verfasser beschreibt die Procedur näher. Zu derselben sind nötig eine galvanische Batterie, ein Galvanometer, ein Rheostat, ein Nadelhalter, eine Schwammelektrode und einige sehr feine Nadeln. Bei grofser Empfindlichkeit wird vor dem Einführen der Nadel die betreffende Stelle mit Kokainsalbe eingerieben. Verfasser entfernt 50—100 Haare in einer Sitzung. Die Sitzungen sind wöchentlich oder alle 10 Tage vorzunehmen. Wird die Operation sorgfältig und geschickt ausgeführt, so wachsen nicht mehr als 5—10% der Haare wieder. Die auf die Operation folgende Inflammation in den Haarfollikeln und in der Umgebung derselben dauert 1—2 Tage. Auf grofse Reinlichkeit während der Operation und nach derselben ist sehr zu achten, da unter Umständen kleine Abscesse entstehen können. Verfasser bespricht am Schlusse seines Aufsatzes die verschiedenen Theorien bezüglich der Ätiologie der Hypertrichosis. Heredität, oder besser, der Darwinsche Atavismus spielen, wie Geyl in Dordrecht annimmt, bei der Hypertrichose eine wesentliche Rolle.

In einem kurzen Nachtrag beschreibt Leviseur einen praktischen, bei F. Eisner, Bible House 18, Third Avenue, New York, käuflichen Nadelhalter für die elektrolysche Entfernung von Haaren. *C. Berliner-Aachen.*

In der „Società lancisiana“ der Hospitäler Roms berichtet Ciarrocchi über seine vorzüglichen Resultate mit der **Elektrolyse bei Hypertrichose, speciell bei Trichiasis.** (*Riforma medica.* 1893. No. 89.) Die 4 Patienten waren vergeblich nach allen anderen Methoden jahrelang behandelt worden, während welcher Zeit sich ein so hochgradiger Pannus ausgebildet hatte, dafs das Sehvermögen auf ein Minimum reduciert war. Die elektrolytische Entfernung der Cilien brachte dauernde Heilung. Zur Anästhesie bedient sich Vortragender des Kokains in Form von Einträufelungen in den Conjunctivalsack, nachdem er mit den subkutanen Injektionen in die Lider sehr üble Zufälle erlebt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Angeborener Nagelmangel, von Hermann Eichhorst. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 14.) Bei einem 26jährigen Maurer und Zitherspieler fehlten von Geburt an sämtliche Nägel, ohne dafs ihn das irgendwie störte. Nagelbett und Nagelfalz sind gut ausgebildet; ersteres erscheint an den proximalen Enden glänzend, glatt, lebhaft rot, hat aber eine zarte weiche Haut, die nur an den distalen Enden derber ist, wie die angrenzende Epidermis erscheint. Die Nagelbetten sind in ihrer Höhe verkürzt, ihr vorderes Ende liegt 1 cm von der Spitze des Nagelgliedes. Diese erinnern etwas an Trommelschlägerfinger. Haare und Zähne waren vollkommen normal entwickelt. Es mufs sich also um ein Stehenbleiben der Nagelbildung im dritten Fötalmonat handeln; der Grund hierfür ist natürlich nicht einmal zu vermuten. In der Familie hat sonst niemand diese Anomalie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

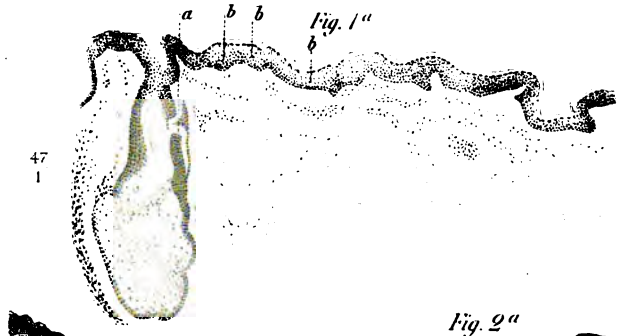
Ein neuer elektrischer Universalapparat, von Eduard Thorner. Vortrag mit Demonstration, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin d. 16. Januar 1893. (*Deutsche Med. Ztg.* 1893. No. 12.) Auf Veranlassung von Thorner haben Reininger, Gebbert und Schall einen für alle Zwecke genügenden elektrischen Universalapparat konstruiert, der in seiner Grundlage aus einer Summe von Accumulatoren besteht, deren Ladung am einfachsten und billigsten durch die Gülcher'sche Thermosäule geschieht. Die ganze Bedienung des Apparates besteht aufser der von Zeit zu Zeit nötigen Ladung darin, dafs man die verdunstende Flüssigkeit in den Accumulatoren durch destilliertes Wasser ersetzt. Der Apparat wird als stationärer und transportabler hergestellt. (Preis?) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

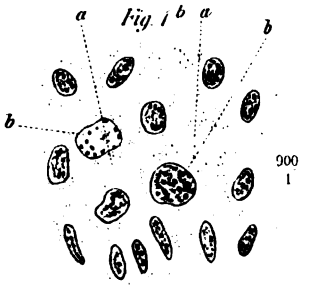
XI. internationaler medizinischer Kongrefs in Rom 1893.

Der Kongrefs wird zweifellos am 24. September 1893, im Beisein S. M. des Königs von Italien, eröffnet werden.

Wir wiederholen absichtlich diese Notiz, weil Stimmen laut geworden sind, die eine Verschiebung des Kongresses als wahrscheinlich erscheinen liefsen.

Die Herren Kollegen werden ersucht, die Titel ihrer Vorträge schleunigst anzumelden, damit selbe in das Programm, das demnächst ausgegeben werden soll, aufgenommen werden können. Laut Art. 11 der Statuten müssen bis spätestens 31. Juli 1893 ein Auszug und die Schlufsfolgerungen eines jeden Vortrages dem General-Sekretariat eingesendet werden.


a
b
b
b
Fig. 1a
47
1


a
Fig. 1b
a
b
b
900
1

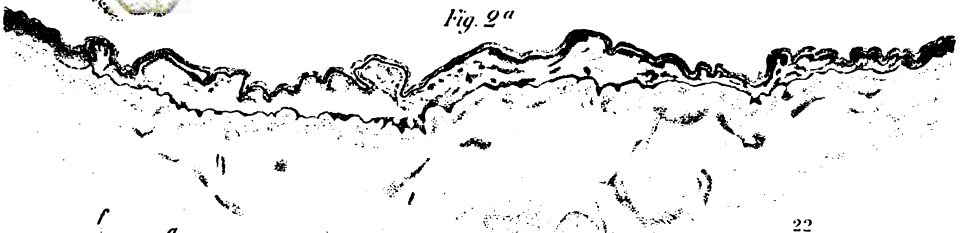
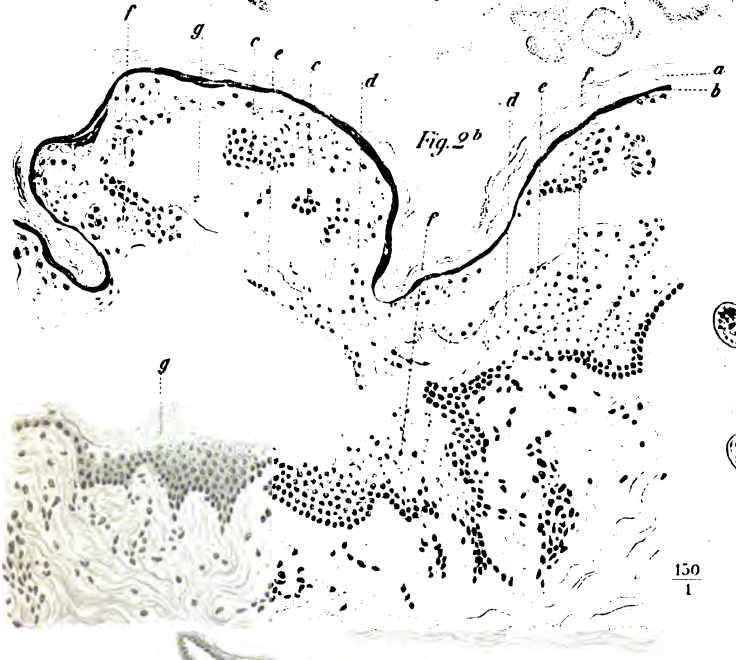


Fig. 2a


f
g
c
e
c
d
Fig. 2b
d
e
f
a
b
g
150
1
22
1

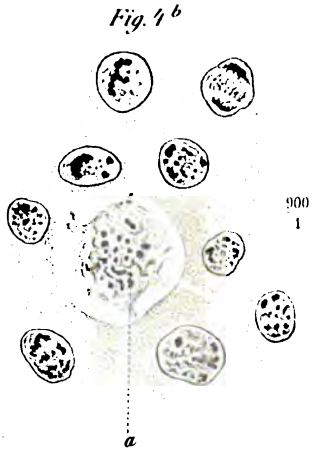
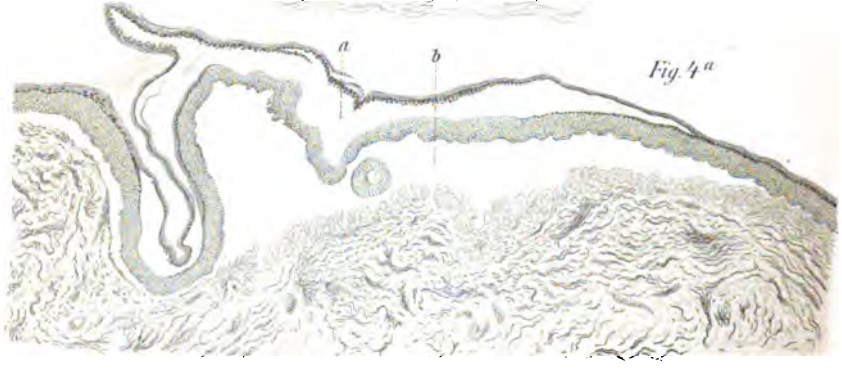


Fig. 4b
900
1
a

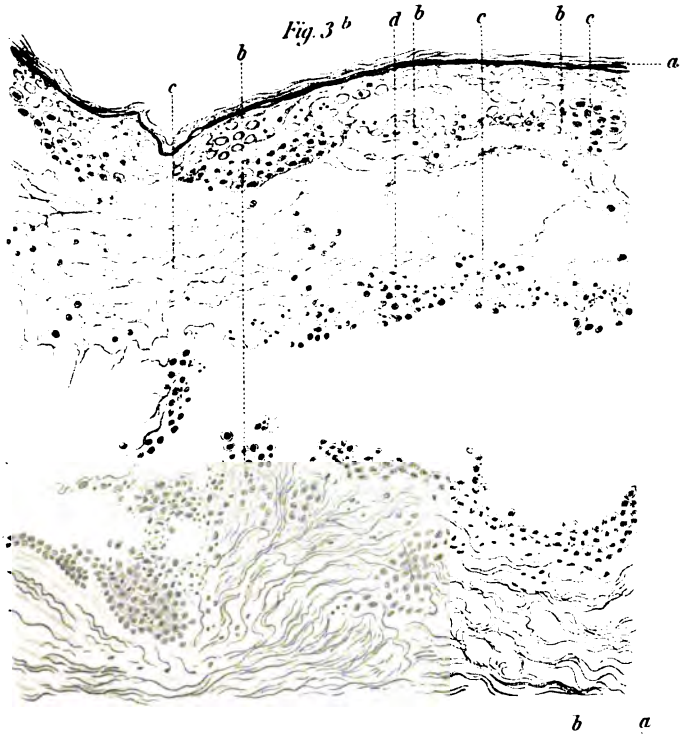

a
b
Fig. 4a
22
1

Dr Kulisch.

Fig. 3 a

$\frac{22}{1}$

Fig. 3 b

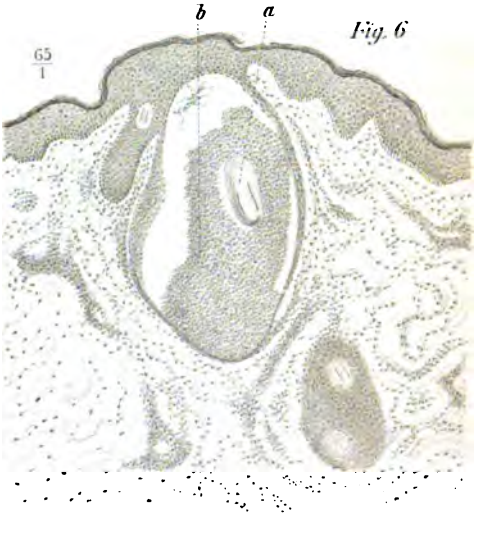


$\frac{150}{1}$

Fig. 5

$\frac{65}{1}$

Fig. 6



$\frac{65}{1}$

Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 3. 1. August 1893.

Kongenitale Syphilis bei paterner Infektion.

Von

Prof. Dr. R. Bergh,
Kopenhagen.

Schon G. Torella (1497) und G. Vella (1505) erwähnen die acquisite Syphilis der Kinder, wie sie dieselbe von luetischen Müttern, Ammen oder noch anderen Personen beziehen. Erst Paracelsus hat aber (1528) die hereditäre Syphilis erwähnt, ein Leiden, „das noch mehr erblich als der Aussatz wäre". Bei einem so alten Verfasser wie A. Ferrerius (1553) findet man dann schon klar ausgesprochen, dafs die „hereditäre" Lues teils von syphilitischem Samen, teils von syphilitischem Ei und endlich von Infektion des Fötus durch das Blut der Mutter, wenn sie nach erfolgter Konception inficiert worden ist, herrühren kann, Sätze, deren Richtigkeit in späteren Zeiten vollständig anerkannt worden ist. Von den nächstfolgenden Syphilidologen wird die kongenitale[1] Syphilis recht häufig erwähnt, und A. Paré (1575) unterscheidet scharf die eigentliche Syphilis hereditaria von der Syphilis acquisita neonatorum. Aber weder die Verfasser des 17. oder des gröfsten Teils des 18. Jahrhunderts brachten

[1] Flindt hat schon in seiner gründlichen, vorzüglichen Habilitations-Dissertation (*Die congenitale Syphilis.* Kopenhagen. 1878. pag. 81, 261) die Benennung geerbte Syphilis verworfen, indem er eben alles direkte Übertragen von Lues auf den Foetus durch Samen oder Ei verneinte und nur eine intrauterine Infektion durch den Kreislauf gelten lassen will.

Später hat Arm. Hansen (*Congrès période-internat. des sc. médic.* 8 Sess. Copenhague. 1884. III. 1886. *Sect. de dermat. et de syphiligr.* pag. 27—40 (32). *Die Ätiol. u. Pathol. d. Lepra*) mit Recht hervorgehoben, dafs physiologische Eigenschaften sich vererben, dafs aber Krankheiten, besonders infektiöse, nicht hereditär sind.

Einzelne Syphilidologen (Cazenave, W. Boeck) haben die Syphilis, die von Eltern (Mutter), die vor der Konception luetisch waren, stammt, als hereditär benannt; die dagegen, die von einer nach der Konception angesteckten Mutter herrührt, als kongenital.

Noch häufiger hat man als kongenital-syphilitisch solche Kinder benannt, die mit syphilitischen Symptomen geboren wurden oder bald nach der Geburt solche zeigten, als hereditär-luetisch die, bei welchen die Symptome etwas später auftraten.

In der neuesten Arbeit über die kongenitale Syphilis (*Die Vererbung der Syphilis*, von A. Fournier, bearbeitet von Finger. 1892. pag. 5 u. 6) wird (Fournier) als hereditäre Syphilis nur die betrachtet, die das Kind von den Eltern im Zeugungsmomente erworben hat; in den anderen Fällen handelt es sich um „intrauterine Infektion".

wirkliche oder wesentliche Beiträge zur Kenntnis dieses Leidens, fast nur mit Ausnahme von Rosèn à Rosenstein (1764). Eine mehr eingehende Kenntnis der kongenitalen Syphilis datiert aber erst von der Errichtung (1780) des Pariser Hospice de santé de Vaugirard für Aufnahme venerischer Findelkinder. Der sozusagen erste Chefarzt des Spitals, Doublet, konnte schon im folgenden Jahre (1781) seine treffliche kleine Arbeit[2] veröffentlichen, der schnell verschiedene andere von Mahon (1799), Bertin etc. folgten.

Von den Zeiten Paracelsi ab war das Vorkommen einer kongenitalen Syphilis allgemein anerkannt worden, bis John Hunter, der sich unglücklicherweise an das Studium der venerischen Krankheiten gemacht hatte, mit seiner kategorischen Negation derselben (1768) auftrat. Er behauptete, dafs nur die primäre Affektion, nicht die sekundären Produkte der Syphilis ansteckend wären. Die doch nicht selten vorkommenden Fälle von kindlicher Syphilis erklärte er betreffs der kongenitalen Fälle in der Weise, dafs die Mutter durch die Circulation ihre primäre Lues auf den Fötus übertragen hätte; dazu betrachtete er noch die meisten Fälle von hereditärer Syphilis als nur „Schein-Syphilis". Dieses war in den goldenen Tagen der Autoritätsglaube, und die Hunterschen Ideen fuhren lange zu spuken fort, teilweise in etwas modificierter Form. Girtanner verneinte auch die hereditäre Syphilis, aber behauptete eine Ansteckung per partum (infection au passage), eine direkte Infektion des Kindes während des Passierens der mütterlichen Geschlechtsteile,[3] und diese Erklärungsart wurde vielfach adoptiert (Bertin, Henke, Wendt, Kluge, Zeissl). Noch in früheren Arbeiten Ricords finden sich Nachklänge der Hunterschen Ideen, die allmählich schwanden.

Die kongenitale Syphilis wurde nach und nach wieder allgemein anerkannt, und in den letzten Jahrzehnten ist ihr leider recht häufiges Vorkommen kaum angezweifelt worden. Die um dieselbe unter den Syphilidologen obwaltenden Streitigkeiten setzten sich aber, nur anders formuliert, fort. In der ersten Zeit drehten sich dieselben wesentlich um den respektiven Anteil des Vaters und der Mutter am Übertragen des Leidens auf den Fötus, und diese Frage spielt noch unter den vielen interessanten Fragen, die an die kongenitale Lues anknüpfen, eine Hauptrolle.

---

[2] Doublet, *Mém. sur les sympt. et le traitem. de la mal. vénér. dans les enfants nouveaux-nés.* 1781.

[3] Diese Ansteckungsweise wird heutzutage fast kategorisch von den meisten Syphilidologen (Fournier, Kassowitz) negiert. Die Möglichkeit einer solchen mufs aber doch eingeräumt werden (Ricord, Diday, Jullien).

Vor vielen Jahren habe ich (*Om constitutionel Syphilis paadraget uden Samleie* (*Syphilis insontium*), II. *Hosp. Tid.* Vj. 12. 1868. pag. 45) doch einen Fall gesehen, der als eine per partum vom Kinde acquirierte Lues betrachtet werden mufste.

Schon Schwediaur war (1805) gegen die Hunterschen Ideen aufgetreten; indem er also für kongenitale Syphilis eintrat, schrieb er dieselbe aber dem Vater zu. Und diese ausschliefslich paterne Infektion fand, obgleich eigentlich erst nach ein paar Jahrzehnten, eine Reihe von eifrigen Partisanen (Colles [1837], Mayr, Bednar u. s. w.), welchen sich in mehr naheliegender Zeit auch z. B. Trousseau und E. Vidal angeschlossen haben.

Im Gegensatz zu dieser Lehre von einer ausschliefslich paternen Infektion stand die schon etwas ältere von einer exklusiv maternen Infektion, die ebenso hartnäckige Vorkämpfer gefunden, die die andere Lehre sehr viel zurückgedrängt haben. Von den älteren hierhin gehörenden zahlreichen Verfassern treten besonders hervor Hufeland (1797), Vassal, Beyer u. a., und in neuerer Zeit Follin, Notta, Cullerier, Øwre und A. Wolff (1879).

Heutzutage ist man durch eine genauere klinische Untersuchung und durch eine mehr kritische Schätzung der anamnestischen Verhältnisse in den vorkommenden Fällen fast überall zu der Ansicht gekommen, dafs die kongenitale Lues sowohl vom Vater, wie von der Mutter stammen kann. Zu dieser Auffassung kam schliefslich auch Ricord, der aber noch (1849) ein sehr wichtiges Moment in die Diskussion hineintrug. In Fällen, in welchen die Lues des Kindes vom Vater herrührt, welcher das Ei inficiert hat, wird die Mutter, hebt Ricord hervor, später vom Fötus inficiert (par choc en retour) durch den Kreislauf, durch das zurücklaufende venöse Blut. Diese Lehre ist ziemlich allgemein adoptiert worden. Sie ist dieselbe, wie die von Diday aufgestellte[4] und jetzt (1892) von Fournier verteidigte Doktrin von der konceptionellen Syphilis. Die Möglichkeit einer solchen Infektion läfst sich ja nicht verneinen. Für sie spricht das Auftreten einer Syphilis während der Graviditát, aber einer eigenen Lues, der das Initialsymptom und die begleitenden Ganglien fehlen; die Graviditát endigt mit der Geburt eines syphilitischen Kindes. Der Vater hat in solchen Fällen Lues gehabt, bietet aber keine Überreste davon dar. Die physiologischen Sekrete bei Syphilitischen scheinen in der That, insoweit sie mit Exkreten von Exkoriationen oder mit wirklich syphilitischen Produkten unvermischt sind, nicht ansteckend; solches soll auch mit dem Samen der Fall sein. Wenn man aber in den (Mireur, Fournier) vorliegenden negativen Resultaten der wenigen Versuche mit Einimpfung vom Samen Syphilitischer auf gesunde Individuen einen Beweis für die Nicht-Virulenz des Samens hat sehen wollen, dann genügen diese Erfahrungen nicht. Es ist doch auch möglich, dafs der Samen auf das Ei direkt ansteckend wirken könnte, und

[4] Diday, De la Syphilis par conception. *Ann. de derm. et de syph.* VIII. 1876 u. 1877. pag. 161—181.

wäre auch möglich (FINGER), dafs der Samen, in die inneren Genitalien eingebracht, inficierte, in solchem Falle wäre das eigentümliche Fehlen von Lokalsymptomen und begleitender Lymphdrüsen-Geschwulst leicht erklärlich. Hier könnte dann doch eine direkte Ansteckung der Mutter durch den Samen vorliegen. Jedenfalls ist es richtig, was schon BÄRENSPRUNG hervorhebt, dafs der Samen des Mannes dem Weibe gefährlich wird, wenn es koncipiert.

Sicher ist, dafs eine syphilitische Mutter, wenigstens solange die Infektion nicht etwas weiter zurückliegt, in der Regel ihr Leiden auf den Fötus überträgt, und selbst dann, wenn ihre Syphilis postkonceptionellen Ursprunges ist, und der Fötus selbst von einem gesunden Vater stammt. Sie abortiert, gebiert zu früh oder gebiert ausgetragene, aber bald syphilitische Kinder. Die jetzigen Syphilidologen fassen die kongenitale Syphilis als viel öfter von der Mutter, als vom Vater herstammend auf.

Es ist fernerhin sicher, das ein Mann, dessen Syphilis nicht alten Datums ist, in der Regel (direkt oder indirekt) ein Weib inficiert, wenn es koncipiert. Immer aber ist die Frage noch strittig, ob er direkt, ohne die Mutter anzustecken, ein syphilitisches Kind zeugen kann. Seitdem ASTRUC[5] erst (1736) erwähnte, dafs ein Weib ein luetisches Kind, ohne selbst syphilitisch zu sein, gebären kann, ist der Streit um diese direkte paterne Infektion mit Ausschlufs von Ansteckung der Mutter bestehen geblieben.

Als wesentlichste Stütze dieser letzteren Art von Infektion sind die nicht seltenen Erfahrungen herangezogen worden, in welchen Mütter syphilitische Kinder geboren haben, aber selbst gesund scheinen oder wenigstens dem Anscheine nach lange gesund blieben. Dieser Schein von Gesundheit ist aber sehr zweifelhafter Art. Sicher ist, dafs nicht wenige solche Mütter, die abortiert haben, zu früh oder macerierte Fötus geboren haben oder ausgetragene syphilitische Kinder zur Welt gebracht, ohne selbst Symptome von Lues dargeboten zu haben, dafs diese doch mager, zart und von nicht recht gesundem Aussehen sind; sowie man öfter auch (M. ROBERT, H. ZEISSL, A. FOURNIER) gesehen hat, dafs solche Individuen nach mehreren Jahren tertiäre Fälle dargeboten haben. Solches ist fast ein Beweis dafür, dafs hinter dem Scheine der Gesundheit eine latente, eine tardive konceptionelle Syphilis auf der Lauer gelegen hat. Und ein nicht weniger vollwichtiges Zeugnis wird von den Folgen merkurieller Behandlung solcher Mütter geliefert. Man hat oft genug gesehen, dafs solche der Aussage und dem Scheine nach nichtluetische Mütter, bei denen mehrere Schwangerschaften

[5] ASTRUC, *De morbis venereis libri novem.* Ed. altera. I. 1740. pag. 121.

in der erwähnten Weise verlaufen sind, daſs sie nach antisyphilitischer Behandlung (in welcher auch der Mann inbegriffen war oder wenigstens mitgenommen werden sollte) gesunde Kinder geboren haben. Selber habe ich mehrere lehrreiche Fälle solcher Art gesehen. Aber ein noch stärkerer Einwurf gegen die Integrität solcher Mütter wird unbestreitbar durch die Erfahrung geliefert, daſs ein von einer dem Anscheine nach gesunden Mutter geborenes syphilitisches Kind dieselbe nicht ansteckt, und daſs dieselbe ohne Ansteckungsgefahr ihr Kind stillen kann. Diese von COLLES (1837) oder eigentlich erst klar von BAUMÈS[6] formulierte Regel — (BAUMÈS-COLLES-Regel („Gesetz") — ist für die Entscheidung dieser Frage von der allergröſsten Bedeutung: ihr Wert wird noch durch die Seltenheit der Ausnahmen von der Regel erhöht, und selbst von diesen (CAZENAVE, M. ZEISSL (LUETH), MÜLLER, BRIZIO-COCCHI, SCARENZIO, GAMBERINI, P. PELLIZZARI) können kaum mehr als eine einzige Erfahrung (RANKE) eine eingehende Kritik vertragen.[7] Noch ein Beweis für die Syphilose dieser Mütter wird schlieſslich von den durch CASPARY, JS. NEUMANN und FINGER gelieferten negativen Inokulationsversuchen mit syphilitischen Produkten an solchen Müttern gegeben.

In einigen Fällen wäre es wohl auch möglich, daſs die Mutter nicht eigentlich luetisch wäre, aber gegen Syphilis immun, indem sie durch die vom syphilitischen Virus des Fötus gebildeten Toxinen immunificiert worden wäre. Die Zukunft wird entscheiden, ob das Blut (Serum) solcher Mütter für Immunificierung anderer Individuen verwendet werden kann.

Sicher ist, daſs die meisten Mütter, die syphilitische Kinder gebären, evident syphilitisch sind; und die viel geringere Anzahl derselben, die gesund scheint, ist latent syphilitisch oder immunificiert. Selbst die Erfahrung, daſs eine anscheinend gesunde Mutter, die mit einem luetischen Manne ein syphilitisches Kind gehabt hat, später mit einem gesunden gesunde Kinder kriegt, liefert den Umständen nach ja keinen sicheren Beweis dafür, daſs sie früher von Syphilis unberührt war.

Und doch scheint in ganz einzelnen Fällen eine paterne Infektion mit Ausschluſs der Mutter, die auf unaufgeklärte Weise von Infektion verschont wird, vorzukommen. Die nachstehende Beobachtung scheint dafür ein prägnantes Exempel dieser Art abzugeben; sie stammt aus der ersten Abteilung des Vestre-Hospitals in Kopenhagen.

Bolette Kr. P., 20jährige, gesund aussehende Blondine, von gesundem Stamm, nie skrophulös, früh und regelmäſsig menstruiert, Scortum seit Oktober 1891, war oft im Spital gewesen, aber nur wegen Exkoriationen, Urethritis und Kondylomen. Am 31. Januar v. J. gebar sie zum ersten

---

[6] BAUMÈS, *Précis théor. et prat. sur les mal. vénér.* 1840. pag. 180—181.

[7] Vgl. MICHELSON, Über einige Streitfragen aus dem Gebiete der hereditären Syphilis, II. *Monatsh. f. prakt. Derm.* II. 1883. pag. 233—238.

Male, und zwar im Gebärhause; das ausgetragene Mädchen wog 3700 g, die Länge betrug 54 cm. Das Wochenbett verlief normal; sie stillte nicht, und das Kind hatte im Gebärhause nie eine Amme gesäugt. Am 9. Tage wurde sie aus dem Gebärhause gesund und mit dem Anschein nach auch gesundem Kinde entlassen.

Das Kind, Florentine Christine P., wurde dem mir von Professor Haslund freundlich geliehenen Journale gemäfs am 7. März 1892, also 5 Wochen alt, in die 4. Abteilung des Kommunespitals aufgenommen, von der Pflegemutter kommend, bei welcher es seit der Entlassung aus dem Gebärhause untergebracht und mit Milch genährt worden war. Die Pflegemutter war eine gesunde Person, die keine anderen Pflegekinder hatte, und das Kind war mit keiner Person, die es hätte anstecken können, in Berührung gekommen. Etwa 14 Tage vor dem Eintritt ins Spital hatte die Pflegemutter bemerkt, dafs das Kind Schnupfen, sowie eine nässende Affektion am After, einige Tage nachher auch Flecken am Körper hatte; das Kind schien sich übrigens wohl zu befinden. Sie hatte trotzdem den Arzt geholt, der Aufnahme in das Hospital anordnete. — Im Spital bot das 3900 g wiegende Kind eiterigen Ausflufs aus beiden Nasenlöchern dar, ferner an der linken Seite des harten Gaumens eine weifsliche Infiltration der Schleimhaut, am Körper zahlreich zerstreute Flecken und Papeln, teilweise schuppend, an den Schenkeln und an der Innenseite des linken Knies etwas gröfsere Papeln; auch an den Fingern, in den Handflächen und an den Fufssohlen zerstreute Papeln, in der Fossa analis ein Konglomerat von stecknadelkopfgrofsen Papeln. Purulenter Ausflufs aus der Vulva. Durch Behandlung mit 1 cg Kalomel dreimal täglich waren die Symptome nach 2—3 Wochen zum gröfsten Teile verschwunden und das Gewicht auf 4300 g gestiegen; dasselbe stieg weiter bis 4750 g, und nach Verbrauch von 200 cg Kalomel waren alle Symptome verschwunden; das Kind wurde am 21. Mai oder nach 75 Tagen aus dem Spital entlassen; mehr als ein Jahr später schien es noch gesund und war auch von gesundem Aussehen.

Volle sechs Monate nach der Geburt, am 9. Juni 1892, wurde die Mutter mit frischer Syphilis, erstem Ausbruche derselben, in das Vestre-Hospital aufgenommen. Aufser Urethritis kamen (4) ausgeprägte exkoriierte Indurationen an den Nymphen und an der Commissura posterior vor, sowie induratives Ödem der linken Nymphe und Grofslippe; ferner Geschwulst der Glandulae inguinales, später auch der Glandulae cervicales posteriores und der linken Submaxillardrüse. Gewöhnliche Prodrome, besonders mit starkem Kopfweh, Cardialgie und Rhachialgie stellten sich ein, ohne von Fieber begleitet zu sein; ferner Röte des Schlundes und Haarausfall. Bei lokaler und reginonärer Behandlung verschwanden die Prodrome, während die Indurationen heilten und mitsamt

dem indurativen Ödem etwas zurückgingen. Als noch in der neunten Woche nach Aufnahme keine Efflorescenz aufgetreten war, wurde eine Inunktions-Behandlung (5—8 g) eingeleitet.[8] Nach 30 Inunktionen waren die Indurationen und das Ödem verschwunden, und nach 50 oder einem Spitalaufenthalte von 118 Tagen wurde die Patientin dem Anscheine nach geheilt entlassen. Das Gewicht der Patientin (54,7 kg, Höhe 157 cm) hatte während der Lokalbehandlung etwas zugenommen (55 kg), war bei der Entlassung aber ziemlich stark gefallen (51,9 kg); kein Leukoderma hatte sich gezeigt. — Etwa neun Monate nachher (Mai 1893) wurde die Patientin mit leichtem Recidiv (wieder ohne Hautausbruch) ins Hospital aufgenommen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs das Kind syphilitisch war, und es ist nicht weniger sicher, dafs es an kongenitaler Syphilis litt. Nach der Geburt hatte es keine Gelegenheit gehabt, Lues zu erwerben, und eine acquisite Syphilis würde übrigens kaum schon drei Wochen nach der Geburt zum vollem Ausbruch gekommen sein;[9] endlich hatte der ganze Fall den Charakter der kongenitalen Lues.

Dafs die Mutter bei der Geburt des Kindes wirklich gesund war, sollte dadurch bewiesen scheinen, dafs sie sechs Monate später Indurationen mit nachfolgender Polyadenitis, Prodroma, Haarausfall und Schlundaffektion erwarb; nach neun Wochen war aber noch kein Hautausbruch hervorgetreten. Die Symptome verschwanden bei merkurieller Behandlung. Dafs dieser der erste Ausbruch von Syphilis war, kann kaum bezweifelt werden; sie war im Spitale wohl bekannt und hat nie irgend ein quoad luem verdächtiges Symptom dargeboten. Von Reinfektion kann hier nicht die Rede sein.

In der so umfangreichen syphilidologischen Litteratur scheinen nur zwei etwas ähnliche Fälle vorzuliegen. Der eine[10] stammt aus Rinecker's Klinik (Würzburg) und betrifft eine lose Dirne, die im Spital ein Kind gebar, das bald Symptome kongenitaler Syphilis zeigte; die Mutter hatte

[8] Es ist sicherlich ganz unrichtig, wenigstens ohne dringende Notwendigkeit, eine generelle antisyphilitische Behandlung vor dem kutanen Ausbruche anzufangen, selbst wenn die Inkubationszeit, wie gar nicht so selten, sich ziemlich lange hinzieht. Im Spitale nötigen die Belegungsverhältnisse leider öfter diese Regel zu brauchen.

[9] Zufolge der von Diday (*Traité de la Syphilis des nouveaux-nés.* 1854. pag. 164) aus der Litteratur zusammengestellten Liste über 158 Kinder mit kongenitaler Syphilis zeigten sich die Symptome derselben bei 86 im ersten, bei 45 im zweiten Monate, bei 15 im dritten und bei 7 im vierten Monate.

Kassowitz (*Die Vererbung der Syphilis.* 1876. pag. 129) sah unter den von ihm beobachteten 128 Fällen keinen, in welchem der Ausbruch nach Ausgang des dritten Monats hervortrat; bei 10 zeigte derselbe sich im Verlaufe der ersten Woche, bei 13 in der zweiten, bei 24 in der letzten Hälfte des ersten Monats, bei 27 im Verlaufe des zweiten Monats.

Vgl. übrigens E. Wiede, *Beiträge zum Kapitel der Hereditär-Syphilis.* Inaug.-Dissert. Würzburg. 1880. pag. 64—65.

[10] E. Wiede, l. c. 1880. pag. 50, 51; 18, 19.

aber bei der Aufnahme, zehn Tage vor der Geburt, an der rechten Grofslippe eine ausgeprägte Induration; 29 Tage nach der Geburt, 19 Tage nach Hervorbruch der ersten syphilitischen Symptome beim Kinde, zeigte die Mutter deutliche generelle Symptome von Lues (papulöse Syphiliden, Schlundaffektion). Der andere Fall, der von RANKE[11], ist komplicierter. Ein 30jähriger Mann war vor elf Jahren inficiert, war aber seit neun Jahren anscheinend ganz gesund. Vor drei Jahren hatte er sich verheiratet; im ersten Jahre der Ehe ein syphilitisches Kind, das genas. Die Mutter schien fortwährend gesund, auch in der folgenden Schwangerschaft im dritten Jahre der Ehe; auch dieses Kind war syphilitisch. Die Mutter stillte und erhielt dadurch an der linken Brustwarze eine indurierende Rhagade, die von einer starken Roseola gefolgt wurde. Mutter und Kind genasen bei merkurieller Behandlung; die Mutter bekam ein Recidiv, das auch geheilt wurde; der Vater schien dauernd gesund.

Betrachtungen über und Versuche mit einer neuen Behandlung der Syphilis.

Von

Dr. SALVATORE BONADUCE,

früherem Assistenten für Haut- und Geschlechtskrankheiten an dem königlichen Instituto Superiore in Florenz.

In dem lebenden Organismus produciert während der Infektionsperiode ein grofser Teil von pathogenen Mikroorganismen aufser den betreffenden Giften auch noch einige lösliche Stoffe, welche im stande sind, Immunität zu verleihen. Diese Stoffe circulieren in dem Blute und in den Körpersäften, und es scheint, als ob die Nieren, wenn sie sich in unverletztem Zustande befinden, als richtige Filter wirken und einen Teil dieser Stoffe mit dem Harn ausscheiden. BOUCHARD war es besonders, welcher vor der Biologischen Gesellschaft in Paris experimentell diesen natürlichen Vorgang bewies. Indem er den Harn von Kaninchen, welche vorher mit dem Mikrobion des blauen Eiters geimpft waren, in sterilisiertem Zustande anderen Kaninchen einimpfte, gelang es ihm, diese letzteren gegen den Bacillus pyocyaneus immun zu machen. Während der Infektion mit dem Ileotyphus produciert der menschliche Organismus, besonders

[11] *Tagesb. d. 51. Versamml. D. Naturf. u. Ärzte.* Cassel. 1878. pag. 94. (Citiert bei MICHELSON, *Über einige Streitfragen*, II. l. c. II. 1883. pag. 233.)

während der Akme der Krankheit, immunisiernde Substanzen, welche zum Teil mit dem Harn ausgeschieden werden (A. Bouchard).

Wenn diese Impfstoffe sich also vorübergehend im Blutkreislaufe vorfinden, so kann man leicht begreifen, dafs sie durch den uteroplacentaren Kreislauf von dem mütterlichen Organismus auf den Fötus sehr gut übergehen können, und wie auf der anderen Seite, wenn nur der Fötus durch das väterliche Sperma inficiert wurde, dieser oder die Mutter Immunität erlangen können. Ja, wenn wir uns den anatomischen Bau der Placenta vergegenwärtigen und bedenken, was für ein beständiger Austausch durch sie zwischen dem Kreislauf der Mutter und dem des Fötus stattfindet, so werden wir zur Überzeugung gelangen, dafs sie, falls nicht eine Ruptur ihres Parenchyms eintritt, einen wahren Filter vorstellt, der noch viel geeigneter für solchen Zweck erscheint, als die Niere selbst. Wir wollen jedoch bei diesen Betrachtungen nicht länger verweilen, da sie bereits Gegenstand einer früheren Arbeit von uns (1) waren.

Es ist bekannt, dafs bereits Jenner seiner Zeit diesen Übertritt der Impfstoffe durch den uteroplacentaren Kreislauf erkannt hatte, indem er hervorhob, dafs die Impfung keinen Erfolg hat bei solchen Neugeborenen, deren Mutter mit Erfolg während ihrer Schwangerschaft geimpft worden war. Später haben Magde, Barnes (2), Rigal (3), Burckard (4), Bollinger (5) und in Italien Angelini (6), Casati (7), Pugliatti (8) diese zuerst von dem grofsen englischen Arzte beobachtete Thatsache bestätigt.

Diesen von seiten der Kliniker gelieferten Beobachtungen konnten die Experimentatoren noch die andere hinzufügen, dafs die Placenta nicht nur den Übertritt vermittelt, sondern auch für sich allein im stande ist, eine Trennung der Impfstoffe von den mit ihnen zusammen im Blute der inficierten Organismen kreisenden toxischen Substanzen herbeizuführen. Rickert (9), Ackermann (10), Roloff (11) stellten diese Thatsache fest, indem sie ohne Erfolg mit Kuhpocken junge Lämmer impften, deren Mütter während der Trächtigkeit mit demselben Gifte geimpft und inficiert worden waren. Auf der anderen Seite wurde durch klinische Beobachtungen dieses Gesetz auf verschiedene Infektionskrankheiten ausgedehnt, und wir wollen hier nur bezüglich der Pocken auf Moriceau (12), Smellie (13), Hebra (14), Scanzoni (15), Barnes (16), Antonini (17) verweisen, welche pockenkranke Mütter von dieser Krankheit freie Kinder gebären sahen. Ruter (18) und Macdonald (19) machten dieselben Erfahrungen bezüglich der Masern. In dem gleichen Mafse, wie dies für die akuten Infektionen gilt, gilt es auch für die chronischen. So beobachtete Profeta, dafs ein Kind, welches im gesunden Zustande von einer syphilitischen Mutter geboren wird, keine Gefahr läuft, von der Mutter durch das Säugen oder durch Küsse angesteckt zu werden, so übertragbar auch die Krankheitsstoffe, mit denen die Mutter belastet ist, sein mögen.

Dieselbe Einwirkung, welche von der Mutter auf das Kind durch den uteroplacentaren Kreislauf statthat, kann auf der anderen Seite vom Fötus auf die Mutter ausgeübt werden, wenn ersterer durch das Sperma des Vaters inficiert wurde. Es ist dies bei mehreren chronischen Infektionskrankheiten beobachtet worden. So gilt für die Syphilis das Gesetz von COLLES (20) oder BAUMÈS (21), d. h. ein Kind, welches mit Syphilis belastet geboren wird, überträgt diese Krankheit in keiner Weise auf die Mutter, wenn diese nicht mit der Krankheit belastet ist. Die Experimente von LINGARD (22) zeigen diese Thatsache deutlich. Dieser Forscher impfte Föti von Kaninchen, welche sich noch im Uterus befanden, mit Milzbrand. Die Mütter wurden nicht angesteckt und erwarben sogar eine vollständige Immunität, welche noch nach 8 Monaten existierte.

Bezüglich des Problemes, dafs der eine von zwei Gatten, wenn der andere der Lepra zum Opfer gefallen ist, trotz der so mannigfachen und vielfältigen Kontakte untereinander und trotz der gleichen hygienischen und diätetischen Bedingungen verschont bleibt, äufserten BESNIER und DOYON die Meinung, dafs in gewissen Beziehungen hier dasselbe gilt, was man bezüglich der Syphilis das COLLESsche Gesetz nennt. Auch hier wäre es nach unserer Ansicht möglich, dafs die Mutter von dem Fötus vermittelst des uteroplacentaren Kreislaufes die löslichen Produkte der anäroben Bacillen HANSENS in sich aufnimmt, und dafs diese das refraktäre Verhalten der Gattin herbeiführen.

Mit den anderen chronischen Infektionskrankheiten wollen wir uns hier nicht befassen, einmal, weil sie in Bezug auf vorliegende Frage bisher noch nicht genügend studiert sind, dann aber auch, weil man bei der Immunität auch die Theorie von dem für die Entwickelung des Mikroparasiten ungeeigneten Bodens geltend machen könnte.

In Bezug auf die vorliegende Frage drängt sich uns wirklich der Gedanke auf, dafs bei der Unterdrückung der Nierenfunktion beim Fötus gar keine andere Möglichkeit vorhanden ist, als dafs bei dem aktiven Austausch zwischen Mutter und Kind alle in den Säften und dem Kreislauf des letzteren enthaltenen löslichen Produkte durch die Placenta und den Uterus in den Kreislauf der Mutter übergehen. Sicherlich würden bei syphilitischer Konzeption die Fälle der Immunisierung der Mutter durch das Kind viel häufiger sein, wenn nicht die Hämorrhagien und andere Verletzungen, welche in ähnlichen Fällen so häufig vorkommen, diese Erscheinung so selten machten. Denn bevor die Impfstoffe den Zellen und den Säften des mütterlichen Organismus eine bakterientötende Kraft verliehen haben können, treten die pathogenen Mikroorganismen über und verhindern dies.

In dem Fötus haben die mutmafslichen pathogenen Träger der Syphilis, sei es nun, dafs derselbe durch das Sperma des Vaters, wenn

dieser allein im Momente der Zeugung syphilitisch war, oder durch das mütterliche Blut, wenn dieselbe während der Schwangerschaft von dem Gatten angesteckt wurde, oder als Keimzelle des Ovariums, wenn nur die Mutter syphilitisch war, oder auch, wenn er von beiden Seiten, falls Vater und Mutter der Krankheit zum Opfer gefallen waren, inficiert wurde, eine günstige Gelegenheit, sich schnell im ganzen Organismus zu verbreiten, indem sie in die Leber, die Milz, die Lymphorgane, das Knochenmark, in das Gefäfsendothel etc. eindringen. Sie finden so alle Bedingungen, welche zu einer schnellen und aktiven Vermehrung geeignet sind, und erlangen natürlich einen hohen Grad der Virulenz. Allein bei den mannigfaltigen biochemischen Processen, welche durch die Entwickelung des Fötus bedingt werden, geht ein grofser Teil der pathogenen Träger zu Grunde. Aus diesem Grunde beobachtete Maffucci bei seinen Impfversuchen an Eiern mit verschiedenen pathogenen Mikroorganismen, dafs die Gewebe des Embryos für die Entwickelung dieser eine gewisse Schranke darstellen und sich nicht so leicht von den Keimen durchdringen lassen, solange der Embryo noch lebt. Der Embryo wird also in verschiedenen Perioden der Entwickelung unterliegen können, und, wenn er widerstandsfähig genug ist, um das Licht der Welt zu erblicken, so können die Krankheitssymptome mehr oder weniger spät nach der Geburt auftreten. Wenn also auf der einen Seite durch Erschliefsung der Einwanderungspforten den Mikroorganismen eine höhere Virulenz verliehen wird, so tragen alle hämopoetischen Organe, die Milz, die Leber und die anderen Organe mit regem phagocytären Vermögen, lebhaft dazu bei, sie zu vernichten. Dies hat zur Folge, dafs in derselben Weise, wie auf der einen Seite diese Mikroorganismen um so virulentere Gifte producieren, je aktiver und jünger sie sind, sie auf der anderen Seite infolge des Kampfes mit den Elementen des Embryos um so wirksamere Impfstoffe liefern. Diese letzteren können nun, indem sie durch die Zotten der Placenta in den Kreislauf der Mutter übertreten, bei dieser nach einer bestimmten Zeit eine Immunität hervorrufen, vorausgesetzt natürlich, dafs dies nicht durch Verletzungen der Placenta verhindert wird.

Diese natürliche Diastase der immunisierenden Substanzen der pathogenen Agentia hat man auch, wie bekannt, auf künstlichem Wege in den bakteriologischen Laboratorien erhalten, sei es durch Kultur in Bouillon von an Zellen reichen Organen (Thymus), sei es durch Wärme. Ich erinnere diesbezüglich besonders an die Arbeiten von Wassermann, Brieger, Kitasato, Roger etc. Chantemesse und Widal (24) z. B. konnten Ratten, denen sie Bouillon, in welchem Typhusbacillen gelebt hatten und die nachher durch Hitze sterilisiert worden war, in das Peritoneum einimpften, allmählich gegen Impfungen mit dem virulenten Bacillus immun machen. Vor kurzem haben auch wir selbst uns mit ähnlichen Unter-

suchungen über den Bacillus des asporigenen Milzbrandes beschäftigt und nachgewiesen, dafs dabei zwei verschiedene Substanzen vorkommen, von denen die eine die Entwickelung der Bacillen begünstigt (Lysine), die andere dagegen derselben hinderlich ist (Antilysine oder immunisierende Substanz). Wir erhielten die letztere, indem wir Bacillen des asporigenen Milzbrandes in Bouillon oder Wasser suspendierten oder damit emulsionierten und dann gewöhnlich allmählich auf 58° bis 65° erwärmten. Es gelang uns auf diese Weise, Meerschweinchen immun zu machen, obgleich dieselben ja bekannterweise aufserordentlich empfänglich für diese Krankheit sind.

Obgleich bislang noch keine entscheidenden Beobachtungen vorliegen, welche den wahren virulenten Träger der Syphilis nachgewiesen hätten, so kann man doch bei dem gegenwärtigen Stande der Pathologie nicht daran zweifeln, dafs sie eine Infektionskrankheit ist und als solche natürlich den Regeln unterworfen sein mufs, welche für ähnliche Krankheiten gelten. Von solcher Idee ausgehend, mufs man annehmen, dafs der mutmafsliche Mikroorganismus der Syphilis aufser der ihm von FINGER (26) und LEWIN (27) zugesprochenen Fähigkeit, Syphilisgift (durch das in gewisser Beziehung die luetischen Erscheinungen ihre Erklärung finden würden) zu erzeugen, auch die andere Eigenschaft besitzen wird, ein Antisyphilisgift zu producieren, d. h. Substanzen, welche für sich allein im stande sind, Immunität gegen diese Krankheit zu verleihen. In der That bildet sich im vorliegenden Falle diese letztere Substanz durch die regen biochemischen Vorgänge im Fötus und verleiht der Mutter, indem sie in deren Organismus eindringt, Immunität. Auch im erwachsenen Organismus, der der Syphilis zum Opfer gefallen ist, bilden sich in einer bestimmten Zeit diese Substanzen und bedingen die acquirierte Immunität. Es ist also, um es präciser auszudrücken, nicht daran zu zweifeln, dafs während des Verlaufes der Infektionskrankheiten die Träger derselben zur selben Zeit, wenn sie in den Blutstrom die Gifte, welche durch ihre Gegenwart im Organismus die schweren physiologisch-pathologischen Störungen veranlassen, ergiefsen, ebenfalls auch andere chemische Produkte liefern, welche mehrere Tage hindurch zwar keine wahrnehmbaren Symptome verursachen, mit der Zeit aber in die Zellen eindringen, deren Ernährungszustand verändern und demgemäfs den Organismus zwingen, in einer anderen Weise zu funktionieren. Mit anderen Worten, der inficierte Organismus ändert seine biochemischen Verhältnisse und wird dadurch gegen den Mikroorganismus dieser Krankheit refraktär.

Da aber auch bei der Syphilis der einmal angesteckte Organismus nach Verlauf einer mehr oder weniger langen Zeit Immunität gegen eine neue Infektion erhält, so hat man allen Grund, anzunehmen, dafs auch bei dieser chronischen Krankheit die pathogenen Träger derselben ihrer-

seits aufser dem Syphilisgift, welches die syphilitischen Erscheinungen veranlafst, ein Antisyphilisgift oder Substanzen, welche im stande sind, einen refraktären Zustand gegen die Lues herbeizuführen, producieren. Wir wollen hier daran erinnern, dafs UNNA (28) annimmt, dafs die Überbleibsel der plastischen Zellen, welche sich an den Stellen finden, wo die offenbar durch den Einfluſs des Quecksilbers gelockerten syphilitischen Papeln sich befinden, es sind, welche beständig die chemischen Substanzen (Impfstoffe) abscheiden, denen man das refraktäre Verhalten alter Syphilitiker gegen eine neue Ansteckung zu verdanken hat.

Bei solchen Betrachtungen kommt man natürlich zu dem Schlusse, dafs sich in dem Kreislaufe und in den Geweben von Individuen, die der Syphilis zum Opfer gefallen sind, in einem bestimmten Zeitpunkte der Krankheit jene Elemente finden müssen, durch deren Imprägnation der Organismus immun wird. Es ist bekannt, dafs die Menge der immunisierenden Substanz, welche man nötig hat, um den Zweck zu erreichen, aufserordentlich gering ist. Es genügt der Teil eines Tropfens einer Kultur, ein Hundertstel eines Kubikcentimeters, wie neuerdings BOUCHARD nachgewiesen hat, und bei der Impfung einer Mutter, welche einen syphilitischen Fötus im Uterus trägt, mufs die Menge des Impfstoffes sehr klein sein, wie CELSO PELLIZZARI (29) sehr richtig bemerkt, wenn überhaupt die Säfte eines kleinen Embryos im stande sein sollen, eine solche Immunität zu verleihen.

Man mufs aber zugestehen, dafs, so gering auch die Menge des Impfstoffes ist, welche zur Erzielung eines refraktären Zustandes erforderlich ist, es doch bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse eine schwierige Sache ist, den Zeitpunkt zu bestimmen, in welchem die Impfstoffe sich im freien Zustande befinden und ihre Wanderung durch den Kreislauf antreten. Es ist aufserordentlich schwer, sie, ich möchte sagen, zu überraschen und aus dem Blute des inficierten Individuums zu gewinnen. Genannte Substanzen verweilen eben nicht lange im Organismus, ohne durch die Lebensthätigkeit desselben bedingte Veränderungen zu erleiden. Wie wir oben angedeutet haben, fand BOUCHARD sie im Urin, und CHARRIN (30) und BABINSKI und CHARRIN (31) stellten die kurze Dauer ihres Aufenthaltes im Organismus fest. Auf der anderen Seite lehren uns die klinischen Erfahrungen, dafs Mütter, welche eine Immunität gegen Typhus und Blattern erhalten haben, nicht immer diese neu erworbene Eigenschaft auf ihre Kinder übertragen. So berichtet LAURENT (32) von einem Falle, wo eine schwangere Mutter, welche ein anderes, pockenkrankes Kind von sich pflegte, ein Kind gebar, welches vollständig von Pockenpusteln bedeckt war, während sie selbst, nach vorangegangener Impfung, gesund geblieben war. Ähnliche Fälle beobachteten PENADA (33), GNOLI (34), BOUCHUT (35) und CHAGNAUX (36),

und jeder Arzt kann aus seiner eigenen Praxis viele ähnliche Fälle erzählen.

Aber noch eine andere Schwierigkeit stellt sich unseren Betrachtungen hindernd in den Weg. In dem Serum, was von inficierten Organismen gewonnen wird, können sich nämlich in grofser Menge Gifte finden, welche, wie wir in einer früheren, oben citierten Arbeit nachgewiesen haben, nach Einbringung in den Kreislauf eines Tieres, in dem sich bereits Mikrobien derselben Krankheit befinden, die Entwickelung dieser begünstigen und zu ihrer Vermehrung beitragen. Man kann diesen Vorgang in folgender Weise erklären. Die Gifte dislocieren die anatomischen Elemente, verringern den Widerstand der lymphatischen Organe und bereiten so das Terrain für das Gedeihen und die Vermehrung der krankheitserregenden Keime vor.

Betrachtungen, wie die vorhergehenden, und die oben auseinandergesetzten Gründe veranlafsten uns, eine neue Behandlung der Syphilis ausfindig zu machen.

Wenn es uns möglich wäre, das nachzumachen, was die Natur in den Müttern vorgehen läfst, wenn sie nach dem Colles'schen Gesetze immun werden, so wäre in Bezug auf die Behandlung der Syphilis der gordische Knoten gelöst. Aber für dieses Desiderat langen unsere Mittel leider bei weitem nicht aus. Indessen wollen wir doch den Versuch machen, das, was uns die Natur lehrt, wenn auch nur unvollkommen, nachzuahmen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs in dem Blute syphilitisch geborener Kinder und in der Placenta der Frauen, welche syphilitische Kinder geboren haben, sich nicht allein die sehr giftigen Toxine, sondern mit ihnen zusammen auch die nutzbringenden Substanzen (Impfstoffe), wenn auch nur in bescheidener Menge, vorfinden müssen. Und zwar einmal deswegen, ich wiederhole es, weil die angenommenen Krankheitsträger der Syphilis wegen der so mannigfachen Eingangspforten in dem fötalen Organismus einen günstigen Boden finden, dort eine sehr hohe Lebensenergie erlangen und durch gesteigerte Funktion ihres Protoplasmas in grofser Menge die löslichen Produkte liefern.

Dafs dem wirklich so ist, lehrt die klinische Beobachtung. Bei den Individuen, welche die Syphilis acquiriert haben, sind die tertiären Erscheinungen seltener, wenn die sekundären bedeutend waren, während sie umgekehrt schwerer sind, wenn die Erscheinungen der sekundären Periode unbedeutend waren. Das beweist also, dafs bei schwerer Syphilis die virulenten Träger derselben aktiver und ihre Abscheidungen daher sowohl der Qualität, als Quantität nach bedeutender sind und nicht allein das Syphilisgift, welches das sofortige Auftreten schwerer syphilitischer Erscheinungen erklärt, als auch das Antisyphilisgift, welches durch

Erzeugung einer Immunität seiner Zeit meist den Patienten von den später auftretenden tertiären Erscheinungen befreit, in grofser Menge gebildet wird.

Da während des uterinen Lebens die Nieren nicht funktionieren und daher die löslichen Produkte der Bacillen keinen Ausweg haben, so müssen aller Wahrscheinlichkeit nach in dem Kinde gleich nach der Geburt sich sowohl die immunisierenden Substanzen, als die Gifte zusammen vorfinden. Um beide voneinander zu trennen, könnte man sich der Hitze bedienen, da man weifs, dafs durch sie die schädlichen Substanzen zerstört werden, während die nützlichen intakt bleiben. Es lehren dies die Untersuchungen von GAMALEIA über den Vibrio METSCHNIKOFFS, die von ARNAUD und CHARRIN über das Mikrobion des blauen Eiters, die kürzlich von KARL FRÄNKEL über den Diphtheriebacillus angestellten, diejenigen von ROGER über den Streptococcus und die unsrigen über den Bacillus des asporigenen Milzbrandes u. s. f.

Von diesen Gedanken also ausgehend, habe ich folgende Experimente angestellt. Drei Kindern, welche mit allen charakteristischen Zeichen hereditärer Syphilis geboren waren, entnahm ich vermittelst Aderlafs Blut und liefs es einen Tag lang im Eisschrank verweilen. Auf diese Weise erhielt ich 35 ccm Serum, dem ich 100 ccm sterilisiertes Wasser zufügte. Diese Mischung erwärmte ich dann 10 Minuten auf 100° C. und filtrierte sie dann über der Flamme.

Ich hatte einen Patienten, Namens Emanuel Esposito aus Neapel, 32 Jahre alt und von gesunder Konstitution, welcher seit 18 Tagen in der Rinne zwischen Eichel und Präputium ein ganz charakteristisches Geschwür und Polyadenitis biinguinalis hatte. Patient war wegen der Ansteckung, die er sich zugezogen hatte, sehr niedergeschlagen. Ich machte ihm den Vorschlag, an sich den folgenden Versuch vornehmen zu lassen, und erhielt, nachdem ich versichert hatte, dafs eine solche Behandlung in keiner Weise üble Folgen haben könnte, seine Einwilligung. Ich begann mit den Einspritzungen meiner Mischung am 13. November 1892 und bediente mich dazu der Spritzen von TURSINI. Einen Tag um den andern erhielt der Patient 10 ccm von der Flüssigkeit in das Unterhautbindegewebe eingespritzt, und da ich auf das peinlichste alle antiseptischen und aseptischen Vorschriften beobachtete und auch die Injektionsflüssigkeit immer aseptisch aufbewahrt wurde, so hatte ich keine Störungen irgendwelcher Art zu beklagen. Es wurden im ganzen 12 Injektionen vorgenommen, und während der Kur, die also 24 Tage dauerte, ging sowohl das Geschwür, als die Polyadenitis allmählich zurück, ohne dafs irgend eine lokale Behandlung vorgenommen wurde. Nach 35 Tagen war das Geschwür vollkommen verheilt, und die Inguinaladenitis hatte merklich an Volumen verloren. Bis heute (23. Juni)

befindet sich Patient wohl und zeigt auch bei der genauesten und eifrigsten Untersuchung absolut keine syphilitischen Erscheinungen.

Gerne hätte ich Experimente mit aus der Placenta gewonnenem Blutserum von Frauen, welche mit erblicher Syphilis belastete Kinder gebaren, nach obiger Methode angestellt, allein es fehlten mir die nötigen Mittel und die Gelegenheit dazu.

Ich will natürlich nicht behaupten, dafs ich hiermit eine Radikalkur für die Syphilis entdeckt habe, sondern will lediglich durch diesen meinen Versuch andere anregen, die, sei es wegen gröfserer Erfahrung, sei es, weil im Besitze gröfserer Mittel, besser als ich in der Lage sind, derartige Experimente fortzusetzen. Es wäre besonders zu wünschen, dafs diejenigen, welche Entbindungsinstituten vorstehen und Überflufs an Material haben, Versuche mit dem aus der Placenta von Frauen, welche syphilitische Kinder geboren haben, gewonnenen Serum Versuche machten, indem sie es entweder nach meiner oben angegebenen Methode der Erhitzung oder auch nach irgend einer anderen, vollkommeneren behandelten. Es versteht sich natürlich in dem Falle von selbst, dafs die inneren und äufseren Geschlechtsorgane der betreffenden Mütter samt den benachbarten Teilen auf das sorgfältigste und gewissenhafteste desinficiert werden müssen. Ebenso müfsten die Placenten natürlich in vorher durch Hitze aseptisch gemachte Recipienten gethan und schliefslich das Serum nach allen den Vorschriften und Kautelen, welche eine strenge und absolute Asepsis erheischt, aufgefangen und aufbewahrt werden.

Man könnte übrigens auch nach dem, was wir oben gesagt haben, in gleicher Weise das Blutserum von Individuen, welche an schwerer sekundärer Syphilis leiden, benutzen, wenn man es in der angegebenen Weise behandelt. Es müssen hier eben vielfache Untersuchungen angestellt werden und soviel als möglich an der Diskussion über diesen Gegenstand teilnehmen, denn nur so kann, wie ja im allgemeinen in der Wissenschaft, die richtige Erkenntnis erlangt werden.

In Italien beschäftigen sich bereits zwei hervorragende Syphilisforscher, freilich in ganz verschiedener Weise, mit der Behandlung der Syphilis durch Hämotherapie. Tommasoli (a) verwendet bei seinen Kuren Lämmer- und Kälberserum zu den Injektionen, indem er dabei von der Grundanschauung ausgeht, im Blute dieser Tiere müsse sich, da die Syphilis lediglich eine Krankheit des Menschen ist, irgend eine chemische Substanz finden, welche refraktär macht, indem sie das Gedeihen und die Entwickelung der Keime genannter Krankheit verhindert. Bei den Versuchen von Celso Pellizzari (d) dagegen ist die Anschauung, dafs das virulente Agens der Syphilis mit Hülfe der chemischen Produkte, welche es selbst hervorbringt, bekämpft werden mufs, die leitende Idee. Zu dem Zwecke impft er Blutserum von Syphilitikern in den verschiedenen

Stadien der Krankheit, d. h. denen des Anfangs, der Übergangsperiode und der Gummigeschwülste, ein. Wir können nur wünschen, dafs es dem würdigen Neffen unseres leider zu früh dahingegangenen Meisters PIETRO PELLIZZARI gelingen möge, mit Hülfe seiner so ausgedehnten wissenschaftlichen Kenntnis und bei dem reichen Material, worüber er bei seinen Studien verfügen kann, in dem Serum von dem Blute Syphiliskranker die immunisierenden Stoffe zu finden, wie es seinem Oheim gelang, zu konstatieren, dafs das Blut der an dieser Krankeit Leidenden ansteckend ist.

Wir wollen übrigens nicht unterlassen, zu erwähnen, dafs bereits ein anderer hervorragender Syphilisforscher, FOURNIER (b) in Frankreich, bei der Kur der Syphiliskranken Injektionen von Blutserum von Tieren (Hund, Pferd) nach der Methode seines Kollegen RICHET[1] anwendete und etwas damit erreichte.

In gleicher Weise machte bereits FEULARD (c) auf den therapeutischen Wert des Hundeblutserums aufmerksam.

Neapel, den 23. Juni 1893.

Litteraturverzeichnis.

1. BONADUCE, S., *Contributo allo studio della legge del Colles.* Napoli. Typographie von Gennaro M. Priore. 1892.
2. MAGDE, BARNES etc. in: *Transact. Obstet.* etc. 1868. IX.
3. RIGAL, Ibidem.
4. BURCKARD, in: *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XXIV. Bd.
5. BOLLINGER, *Sul vaiuolo umano ed animale* etc. Conferenze di Volkmann. No. 92.
6. ANGELINI, in: *Giornale Veneto di Scienze Mediche.* XXI. 1863.
7. CASATI, Prospetto clinico etc. in: *Ann. Univers Med.* 1865.
8. PUGLIATTI, *La inoculazione vaccinica nelle gestanti.* Messina 1886.
9. RICKERT, in: *Magaz. f. d. gesamte Tierheilkunde.* 1873. No. 39. pag. 162.
10. ACKERMANN, in: *Bericht über das Vet.-Wesen im Königreich Sachsen.* 1875. XIX. Jahrg. pag. 81.
11. ROLOFF, in: *Mitteil. a. d. tierärztl. Preufs. Staaten.* Jahrg. XXI. pag. 40.
12. MORICEAU, *Observations sur la grossesse.* Paris. 1715. pag. 476.
13. SMELLIE, *Observations sur les accouchements.* Paris. 1756. II. pag. 385.
14. HEBRA, Hautkrankheiten, in: *Virchows Pathologie.* II. pag. 182.
    — *Bericht zu den Erkrankungen zu Wien.* 1863. pag. 277.
15. SCANZONI, *Lehrbuch der Geburtshülfe.* Wien 1866. II. pag. 14.
16. BARNES, in: *Transact. Obstet.* London 1868. IX. pag. 106.
17. ANTONINI, *Cenni statistici.*
18. RUTER, in: *Centralbl. f. Gyn.* 1890.
19. MACDONALD, Beobachtungen über einen Fall von Schwangerschaft und Geburt, kompliciert durch Masern, in: *Edinburgh med. Journ.* Februar 1885.

---

[1] Vergleiche: SIMONET DE LABORIE, *Le serum de chien, ses propriétés thérapeuthiques.* Thèse. Paris, 1891.

20. Colles, Abraham, *Practical observations on the venereal disease and the use of mercury.* London 1837. pag. 285.
21. Baumès, *Précis sur les maladies vénériennes.* Paris 1840. pag. 180.
22. Lingard, Ein Beitrag zur Kenntnis der Schutzimpfung gegen Anthrax, in: *Fortschr. d. Med.* 1889.
23. Besnier, E. et A. Doyon, in: *Notes sur les maladies de la peau par Kaposi.* Vol. II. pag. 539.
24. Chantemesse et Widal, in: *Ann. de l'Institut Pasteur.* Februar 1888.
25. Bonaduce, S., Über Beziehungen des Blutserums von Tieren zur natürlichen Immunität, in: *Zieglers Beiträge z. pathol. Anat.* XII. Bd.
26. Finger, Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie, in: *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890.
27. Lewin, in: *2. internationaler Kongreſs für Dermatologie.* Wien. 5.—10. September 1892.
28. Unna, in: *Berl. klin. Wochenschr.* 20. Juni 1892.
29. Pellizzari, Celso, Tentativi di attennazione della sifilide, in: *Giornale italiano delle malattie veneree.* 1892. pag. 338.
30. Charrin, in: *Compt. rend. de l. Soc. de Biol.* Paris. Mars 1887.
31. Babinski et Charrin, in: *Compt. rend. de l. Soc. de Biol.* Paris. Mars 1888.
32. Laurent, Vaiuolo intrauterino, in: *Lyon médical.* 15. Juni 1884.
33. Penada, *Delle osservazioni mediche meteorologiche.* Quinq. III. pag. 45. Padova 1802.
34. Gnoli, Carlo, Di un vaiuolo confluente avvenuto in un bambino entro l'utero materno mentre la madre vaccinata non ha subito alcuna somigliante eruzione, in: *Bulletin des Sciences médicales.* 1841. XII. pag. 185.
35. Bouchut, *Traité des maladies des enfants nouveaux-nés.* Paris 1862. pag. 688.
36. Chagnaux, *Thèse de Paris.* 1847.

Specielle Litteratur.

a) 1. Tommasoli, P., Note preventive sull' emoterapia della sifilide, in: *Gazzetta degli Ospitali di Milano.* 1892. No. 28, 70 und 92, und in: *Gazzetta medica delle Marche.* August 1891.
2. — Sull' emoterapia della sifilide, in: *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle.* Anno XXVIII. Fasc. II. pag. 347. 1892.
3. Kollmann, Arthur, Blutseruminjektionen gegen Syphilis, in: *Deutsche medicin. Wochenschr.* 8. September 1892.
4. Tommasoli, P., Sull' emoterapia della sifilide. — Appunti critici indirizzati al dottor Arturo Kollmann di Lipsia, in: *Gazzetta degli Ospitali.* 1892. No. 137.
5. — Sui diversi metodi di emoterapia della sifilide. — Nota critica, in: *Riforma medica.* 20—21 Genajo 1893.

b) Fournier, Alfr., *Traitement de la Syphilis.* Paris. Rueff & Co. pagg. 462, 463.

c) Feulard, H., Sur la valeur thérapeutique des injections de sérum de chien, in: *Bulletin de la Société Française de dermatologie et de syphilis.* 1891. pag. 331.

d) Pellizzari, Celso, Tentativi di attennazione della sifilide. — Comunicazione fatta al Congresso Internazionale di Dermo-Sifilografia in Vienna, in: *Giornale Italiano delle malattie venere e della pelle.* 1892. pag. 333.

Versammlungen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Sitzung vom 10. Februar 1893.

Vorsitzender: Dr. SHERWELL, Präsident der Gesellschaft.

(Originalbericht von Dr. HOLSTEN in Brooklyn.)

1. Dr. MORTON stellte einen Mann vor mit einer eigentümlichen Affektion an der Oberfläche des Handgelenks von bereits dreijähriger Dauer. Die Stelle war kreisförmig, etwas über das normale Hautniveau erhöht, sehr infiltriert und von eigentümlicher, warziger Beschaffenheit. Sie fühlte sich auch hart an. Anzeichen von Syphilis waren nicht vorhanden. Die Diagnose lautete auf **Eccema verrucosum.**

Dr. WINFIELD hielt die Läsion durchaus nicht für ekzematös, glaubt vielmehr, der harten, knorpeligen Basis nach zu urteilen, dafs ein Epitheliom vorliege.

Dr. SHERWELL stellte die Diagnose Tuberculosis verrucosa cutis.

2. Dr. SHERWELL stellte einen Fall von **Sycosis** der Oberlippe vor und las einen Auszug aus einem von ihm im Jahre 1889 im *New York Medical Journal* publicierten Aufsatz, worin er die Beziehungen zwischen Sycosis und einigen Formen von Erkrankungen der Nase nachwies und betonte, dafs in solchen Fällen die Nase das erste und wichtigste Objekt der Behandlung sein sollte.

3. Eine Diskussion über **Variola** wurde von Dr. JEWETT eröffnet. Redner führte aus, dafs die Diagnose Variola sich auf die Anamnese nebst den subjektiven und objektiven Symptomen zusammengenommen stütze. Es sei zwar verhältnismäfsig leicht, bei unkomplicierten Fällen die richtige Diagnose zu stellen, aber zwischen Variola und Variolois beständen erhebliche Abstufungen, und Erkrankungen an dieser letzteren seien oftmals aufserordentlich schwer zu erkennen.

Die Lehrbücher enthielten auch manche Angaben, die leicht irre führen könnten, so in Bezug auf das Gefühl von „Körnchen in der Haut", die „Dellenbildung", welche öfters bei Variolois fehlen und andererseits bei anderen Ausschlägen gerade vorhanden sein können.

Ferner sei die Anamnese ein sehr wichtiger Faktor zur Stellung der Diagnose, obschon man auf die Angaben der Angehörigen sich nicht immer verlassen kann, namentlich da es oft im Interesse derselben liege, einen etwaigen Pockenfall zu verheimlichen. Dieser Möglichkeit soll man sich immer erinnern. Ergiebt aber der Bericht das Vorhandensein von Rückenschmerzen, Kopfweh, Schmerzen in den Extremitäten und im Leibe, ferner Frösteln, Fieber, Übelkeit oder Erbrechen mit einem nach drei bis vier Tagen nachfolgenden Ausschlag, so mufs immer der Verdacht auf Variola rege werden und zu einer sorgfältigen Untersuchung Anlafs geben. In Betracht kommen dabei auch Fälle von akutem Gastroduodenalkatarrh mit intensiven Schmerzen, Frösteln, Übelkeit etc., sowie von Malaria, wenn dieselben gerade zur Zeit einer herrschenden Variola vorkommen. Sind die oben geschilderten Symptome vorhanden, so schreitet man alsbald zur Differentialdiagnose zwischen Variola und anderen Exanthemen. Masern kann man gewöhnlich auf Grund des Fehlens von Schnupfen und Husten, sowie wegen der Beschaffenheit des Ausschlages ausschliefsen. Bei Variola gehe das makulöse Exanthem bald in ein papulöses über.

Man sollte meinen, dafs eine Verwechselung von Scharlach mit Pocken niemals vorkommen könne, doch seien derartige Irrtümer auch sehr erfahrenen Ärzten schon

passiert. Die Beschaffenheit des Exanthems sollte genügen, um die richtige Diagnose zu stellen.

Varicellen können am ehesten mit Variola verwechselt werden. Bei jenen ist aber der Ausschlag schon früh, d. h. am ersten Tage seines Bestehens, vesikulär. Gewöhnlich ergebe die Anamnese nichts von Übelkeit vor der Entwickelung des Ausschlages, und dieser beginne als kleine Stellen oder Punkte, welche gleichzeitig mit der Gröfsenzunahme vesikulär und pustulös werden. Ferner sei das Exanthem sowohl in Bezug auf Gestalt wie auf Gröfse ein unregelmäfsigeres und nehme einen rapideren Verlauf. Man finde z. B. auf einem relativ kleinen Gebiete oft zwei bis drei verschiedene Stadien, was durch das schubweise Auftreten der Hautläsionen bedingt sei. Redner hat auch bei wirklichen Pocken ein Hervortreten in Schüben beobachtet, aber es fehlte dabei dieses enge Beisammenstehen auf einem beschränkten Gebiete. Aufserdem nehmen bei Steinpocken die Bläschen bald ein runzeliges oder gefurchtes Aussehen an. Die Menge der Läsionen und die konstitutionellen Störungen seien nicht immer ein zuverlässiges Merkmal, denn bei Variolois finde man manchmal weniger als ein Dutzend Papeln auf dem ganzen Körper, wohingegen der Ausschlag bei Varicellen auch profus sein kann. Vortragender glaubt, dafs Variola manchmal ohne allen Ausschlag verlaufe. Und bei Variolois seien die Patienten zuweilen gar nicht richtig krank, sondern versehen ihre tägliche Arbeit ganz wie gewöhnlich.

Beim Typhus hat man es mit einem makulösen Ausschlage zu thun; oder wenn derselbe ausnahmsweise einen papulösen Charakter zeigt, so dauert dies nicht lange. Die anhaltend hohe Temperatur nebst bedrohlichen Erscheinungen liefs Variola ausschliefsen. Bei letzterer erklären die Kranken gewöhnlich am ersten Tage, wenn der Ausschlag sich zeigt, dafs sie sich besser fühlen.

Syphilis lasse sich gewöhnlich durch den mehr chronischen Verlauf des Ausschlages und durch die Anamnese ausschliefsen.

Kürzlich beobachtete Redner einen Fall, bei dem die Anamnese das Vorhandensein eines Schankers etc. ergab; aber die anderen Symptome, sowie der am dritten Tage auftretende Ausschlag sicherten die Diagnose.

Schliefslich könne die Diagnose häufig per exclusionem gestellt werden.

Dr. Winfield ist der Ansicht, dafs in Bezug auf die diagnostische Bedeutung der Dellenbildung gerade das Gegenteil der aufgestellten Regel der Wahrheit am nächsten komme; diese Erscheinung finde sich aber bei so vielen anderen Krankheiten, dafs ihr ein eigentlicher diagnostischer Wert nicht zukomme. In den Lehrbüchern wird ferner angegeben, dafs Variola immer an der Stirn und den Handgelenken beginne. Dies treffe nicht immer zu; er habe vielmehr z. B. schon die Brust zuerst ergriffen gesehen mit späterer Entwickelung einer universellen Variola.

Dr. Morton erwähnte, dafs hämorrhagische Morbilli von hämorrhagischen Pocken aufserordentlich schwer zu unterscheiden sind.

Dr. Jewett hat einen Fall von hämorrhagischer Variola gesehen, bei dem sich am Gesicht und den Händen gar keine und am übrigen Körper nur sehr wenige Papeln fanden.

Dr. Raynor schilderte einen Fall, bei dem die Krankheit sich anfangs nur durch eine oder zwei Knötchen auf der Stirn dokumentierte; Tags darauf trat eine allgemeine Roseola hervor, welche an der Tibia und an den Fufssohlen am deutlichsten entwickelt war. Die Temperatur betrug 39,5°, aber im übrigen war das Allgemeinbefinden nicht sehr erheblich gestört. Dieser Zustand hielt noch weitere drei Tage lang an, worauf sich ein typischer Pockenausschlag am ganzen Körper einstellte mit einem Temperaturabfall auf 36,1°.

Dr. Sherwell möchte am meisten Gewicht legen auf das Aussehen des Exanthems

an den Handgelenken, denn an dieser Stelle sei dasselbe von allen anderen Affektionen verschieden.

Dr. Holsten sprach davon, dafs Varicellen manchmal Ähnlichkeit mit Variola darbieten, und betonte, dafs gewöhnlich die einzelnen Läsionen bei der ersteren im Verlauf der weiteren Entwickelung sich in die Breite dehnten. Dellenbildung habe er bei Kindern mit Varicellen häufig gesehen, namentlich wenn dieselben skrophulös, schlecht genährt und schmutzig gehalten waren; solche Kranke zeigten öfters eine Vermischung der Läsionen, Maculae, Papeln, Bläschen und Pusteln.

Dr. Sherwell äufserte seine vollkommene Übereinstimmung mit dem Hauptredner in Bezug auf das Auftreten irgendwelcher besonderen Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose zwischen Varicellen und Variola bei den meisten Fällen; auch seiner Erfahrung nach sei das enge Zusammenstehen von mehreren Formen des Ausschlages mit allen Abstufungen vom Erythem bis zur Pustelbildung auf einem relativ kleinen Hautgebiet des einen Patienten für Varicellen charakteristisch. Manchmal seien aber bei gewissen Personen die subjektiven Erscheinungen intensiver sogar als diejenigen der Pocken bei anderen Individuen. So sei er vor kurzem gebeten worden, seine Ansicht über zwei Fälle von mutmafslicher infektiöser Erkrankung im Brooklyn-Hospital zu äufsern. Bei dem einen Patienten war am Gesicht und anderswo ein deutlich pustulöser Pockenausschlag zu konstatieren, aber der Kranke hatte, wie der Assistenzarzt berichtete, an keinen irgendwie heftigen Prodromalerscheinungen gelitten, noch war die Temperatur auffällig erhöht. Dennoch handelte es sich hier um einen klaren, deutlichen Fall von Pocken. Andererseits fand sich in demselben Hospital und zur selben Zeit ein junges Dienstmädchen, das vom Kopf bis zu den Füfsen mit einem Windpockenausschlag bedeckt war und das gerade die allerheftigsten prodromalen und konstitutionellen Symptome darbot; es waren Schüttelfröste vorhanden gewesen, sowie hohes Fieber mit Temperaturen bis zu 41,6°, das einige (2—3) Tage so anhielt, worauf ein plötzlicher Abfall erfolgte.

Sitzung vom 10. März 1893.

Vorsitzender: Dr. Sherwell, Präsident der Gesellschaft.

1. Dr. Sherwell stellte einen Fall von **Lupus** des linken Ohrläppchens bei einer 18jährigen Frau vor. Die Affektion bestand bereits seit dem sechsten Lebensmonate der Patientin. Daneben fand sich auch ein kleines, isoliertes Knötchen auf dem Halse, ungefähr einen Zoll unterhalb des Ohres derselben Seite.

Vortragender machte auf den auffallend blühenden Gesundheitszustand der Patientin besonders aufmerksam. Er könne sich auch nicht erinnern, jemals einen Fall dieses Leidens bei einem Patienten gesehen zu haben, der an allgemeiner Tuberkulose gelitten habe oder Aussicht geboten hätte, später daran zu erkranken. Er beschrieb einen Fall von Larynxlupus, den er längere Zeit in Behandlung gehabt habe und bei dem, wie man denken sollte, die günstigsten Verhältnisse zur Entwickelung einer Lungenschwindsucht oder disseminierter Tuberkulose gegeben waren; trotzdem hätten sich bisher gar keine Anzeichen von dem Eintritt einer derartigen Komplikation zu erkennen gegeben.

Die Behandlung soll nun in der Anwendung einer Salbe mit 5% Kreosol und 15% Salicylsäure bestehen. Über die Wirkung des Tuberkulins könne er sich nicht mit Bestimmtheit aussprechen; aber er sei der erste gewesen, der auf die Ähnlichkeit zwischen dessen Wirkung und dem Effekte des Erysipelas aufmerksam machte. Von letzterem habe er sehr gute Resultate gesehen, indem manche Fälle geheilt, andere ganz erheblich gebessert worden seien.

2. Dr. Holsten stellte einen Patienten mit **Gumma der Iris** vor, der schon in der Aprilsitzung im Jahre 1892 vorgestellt worden war; damals hatte er eine Initial-

sklerose des einen Fingers; aufserdem wurde er im Januar 1893 mit einer syphilitischen, interstitiellen Orchitis wieder vorgestellt. Das Gumma kam zuerst am 11. Februar zur Beobachtung, nachdem, wie angegeben wurde, das Auge bereits ein paar Tage schmerzhaft gewesen war. Bei der Untersuchung wurde auf der lateralen Seite der Iris ein von einer Zone feiner Blutgefäfse umgebener, rötlich gelber, kleinerbsengrofser Tumor konstatiert. Der Kranke hatte einige Zeit vor dem Auftreten dieser Affektion das Einnehmen der verordneten Medikamente vernachlässigt.

Im Verlauf der folgenden Woche nahm der Tumor an Gröfse zu; die Iris füllte sich mit plastischem Exsudate an, so dafs die Pupille sich nur als ein tiefes, kraterförmiges Loch präsentierte, und es trat eine Verwachsung mit der Kapsel ein. Ferner entwickelte sich eine so intensive Keratitis, dafs zu der einen Zeit vom Innern des Auges gar nichts zu erkennen war. Der Kranke wurde im E. D. Hospital aufgenommen und mit täglichen Einreibungen mit 5,0 Unguentum cinereum behandelt. Aufserdem erhielt er täglich dreimal 1,5 g Jodkalium in rapid ansteigenden Gaben, bis er täglich dreimal 3,6 nahm. Darauf hellte sich die Cornea auf, der Tumor fing an kleiner zu werden, und das plastische Exsudat wurde langsam resorbiert. Es wurde auch Atropin verabreicht, und der Kranke bekam stundenweise Tag und Nacht heifse Umschläge. Nachdem die Einreibungen vierzehn Tage lang fortgesetzt worden waren, schwoll das Zahnfleisch etwas an.

Jetzt ist die Geschwulst nur etwa senfkorngrofs, aber es besteht noch eine erhebliche Adhäsion, und die Pupille ist sehr unregelmäfsig geformt.

Von syphilitischer Erkrankung der Iris giebt es drei Formen; zunächst hat man eine einfache Kongestion der die Iris umgebenden Gefäfse, zweitens kann die Iris mit plastischem Exsudat durchsetzt und infolgedessen verdickt sein, und drittens bilden sich wirkliche Tumoren. Obgleich diese letzteren gewöhnlich als Gummata bezeichnet werden, sind sie in Wirklichkeit Papeln und entsprechen ihrem Baue nach den papulösen Syphiliden der Haut. Es ist bemerkenswert, dafs diejenigen Kranken, welche mit frühzeitigen und intensiven Hautpapeln erkranken, am meisten zur Entwickelung dieser Irispapeln neigen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 8. Mai 1893.

Über einen seltenen Fall von Gangraena spontanea spricht ZELLER. Die 21jährige Patientin, von gesunden Eltern stammend, ist seit langer Zeit anämisch. In der rechten Oberextremität klagte sie oft über lebhafte Schmerzen; zeitweise trat dabei eine deutliche Verfärbung der Finger ein. Seit November 1892 Verschlimmerung des Leidens, heftige nächtliche Schmerzen und Taubheitsgefühl wechseln und werden durch warme Umschläge bekämpft. Die anfangs blassen Finger wurden blau, später alle Endphalangen unter Atrophie der ganzen Haut neurotisch, so dafs dieselben durch Amputation entfernt werden mufsten; auffallend war, dafs während der Operation keine Blutgefäfse spritzten. Es zählt dieser Fall zur RAYNAUDschen Krankheit. Die weifsen Blutkörperchen waren vermehrt, die Pulshöhe rechts kleiner als links, auf beiden Seiten aber subnormal. Die aufgenommenen Pulskurven schliefsen jede Anomalie des Arterienrohres aus. Ein Circulationshindernis hätte vielleicht in der deutlichen Abflachung der rechten Brustseite gefunden werden können. Jede andere Ursache, wie Karboleinwirkung, Hysterie, Endarteritis luetica, konnte ausgeschlossen werden.

BIDDER erinnert an einen von ihm beobachteten Fall spontaner Gangrän eines Fingers bei einer älteren, wohlgenährten, kräftigen Person. v. BERGMANN hebt

hervor, dafs er die typischen Fälle lokaler Synkope und Asphyxie sehr oft asymmetrisch gesehen; die Symmetrie sei kein charakteristisches Symptom der RAYNAUDschen Krankheit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 19. Mai 1893.

(*Wiener klinische Wochenschrift.* 1893. No. 21.)

BUEDINGER stellte eine **10 Mal wegen einer Kopfgeschwulst operierte Patientin** vor. Die Krankheit begann im 6. Jahre; jeder Operation folgte ein Recidiv. Es handelt sich um ein Myxosarkom. Myxome bleiben öfter regionär, während sie fast immer zu Allgemeinerscheinungen führen, wenn sie mit sarkomatösen Elementen gemischt sind.

v. EISELSBERG stellt einen Fall mit **Ulcus der Unterlippe** vor. Ein 52jähriger Mann, sonst gesund, starker Raucher, hat seit 1889 ein hirsekorngrofses Knötchen an der Oberlippe, das unter Lapisätzung langsam an Umfang zunahm. 1890 acquirierte er Lues. 1892 fand man an der Oberlippe einen übererbsengrofsen, harten, speckig belegten Knoten, der sich auf Jodnatrium besserte, aber nicht heilte. Eine Probeexcision erwies das Ulcus als ein tuberkulöses; es fanden sich Riesenzellen in einem kleinzelligen Infiltrationsgewebe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wiener medicinischer Klub.

Sitzung vom 5. April 1893.

(*Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 32.)

Einen Fall von **polyartikulärem gonorrhoischen Rheumatismus** demonstriert NOBEL. Ein 34jähriger Mann, ohne jede rheumatische Disposition und stets gesund, acquiriert eine Gonorrhoe, die mit mäfsiger Sekretion einhergeht. Am neunten Tage nach Beginn des Ausflusses treten unter Fieber und Schlaflosigkeit heftige Schmerzen in den rechten Fufsgelenken, zwei Tage später starke Schwellung der Kniegelenke und Nackensteifigkeit auf, so dafs der Kopf vorne übergebeugt gehalten wird, die Dreh- und Nickbewegungen aufgehoben sind; die Dornfortsätze der oberen Halswirbel sind druckempfindlich, was auf eine Erkrankung des Atlanto-Epistrophealgelenkes schliefsen läfst. Die Punktion des rechten Kniegelenkes ergab ein seropurulentes Exsudat; die mit demselben beschickten Nährböden blieben steril, Gonokokken waren nicht nachweisbar. Später entwickelte sich noch eine mit Schmerzen und Schwellung einhergehende Affektion des linken Kiefergelenkes und in der 10. Woche im Anschlufs an eine Exacerbation der Gonorrhoe eine periartikuläre Entzündung der Sprunggelenke, die sich auf energische Jodanwendung zurückbildete. Trotz Natr. salicyl. sind noch immer Anomalien in den ergriffenen Gelenken vorhanden. Das gleichzeitige Auftreten, die geringen Temperatursteigerungen, die seropurulente Beschaffenheit des Gelenkergusses, der geringe Effekt des Natr. salicyl. sprechen für einen Zusammenhang mit Gonorrhoe, trotzdem keine Gonokokken in dem Exsudat gefunden sind.

Einen Fall von **MORVANscher Krankheit** demonstriert SCHLESINGER. Es besteht bei einer 42jährigen Frau Schwäche in den Armen, Anästhesie und Analgesie an den Händen, was zu häufigen Verletzungen der Finger führt, Atrophie des Thenar und Antithenar, Kyphoskoliose, Steigerung der Sehnenreflexe, Verstümmelung der Fingerphalangen. Jedenfalls handelt es sich um eine Syringomyelie im Halsmark.

Einen Fall **lienaler Leukämie** zeigt KOBLER mit Lymphomen im subkutanen Bindegewebe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ärztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 8. März 1892.

Arning demonstriert den früher vorgestellten Fall von **Pseudoleukämie mit multiplen sarkomatösen Tumoren**, der inzwischen mit grofsen Dosen Arsenik (3—7 g pro die) behandelt ist. Die Tumoren an der oberen Extremität sind zurückgegangen, an der Nasenspitze, der Nasenschleimhaut, der Uvula aber fortgeschritten; hier zeigen sie die frühere wächserne Transparenz. Die Milz ist kleiner, die Tachykardie geringer geworden. Es soll dieselbe Therapie fortgeführt werden.

Eugen Fraenkel demonstriert **herdförmige, parenchymatöse Entzündung eines kindlichen Hodens** von einem an **Variola vera** verstorbenen 3jährigen Kinde. Diese Affektion wurde von Chiari bei 70% aller an Variola gestorbenen jugendlichen Individuen gefunden, während sie bei Männern selten ist. Sie tritt frühzeitig mit den Hautveränderungen auf und bildet sich gleichzeitig mit ihnen zurück. Makroskopisch sieht man zerstreute, derbe, die Schnittfläche überragende graue, weifsliche oder gelbliche Herde von über Stecknadelkopfgröfse. Mikroskopisch fand Chiari kleinzellige Infiltration im interstitiellen Gewebe, Zugrundegehen der Exsudats- und Bindegewebszellen, sekundäre Degeneration des Epithels der Samenkanälchen. — Chiari führte die Veränderungen auf das specifische Variolagift zurück. Fränkel züchtete einen gelben Coccus. Vielleicht handelt es sich um eine Mischinfektion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Syphilis und Nervensystem, von W. R. Gowers. Autorisierte deutsche Übersetzung von E. Lehfeldt. Berlin, S. Karger, 1893. In drei Vorträgen giebt uns der Verfasser seine Ansichten über das Verhältnis der Syphilis zum Nervensystem wieder, die alle schwebenden Fragen streifen. Nur einiges sei hier hervorgehoben: Zwei Klassen von syphilitischen Störungen kann man unterscheiden: die entzündlichen und die gewebsbildenden.

Oft verbinden sich beide Elemente, und wir haben die hyperplastische Entzündung. Die gewebsbildenden Veränderungen sind vornehmlich Späterscheinungen; nur die frühesten Störungen, die Induration und die indolenten Drüsen, scheinen eine Ausnahme zu machen. Diese beiden Klassen soll man trennen, selbst wenn man der Ansicht ist, dafs kein principieller Gegensatz, sondern nur ein gradueller Unterschied besteht.

Eingehend bespricht Verfasser die Berechtigung der Rückschlüsse aus der zeitlichen Aufeinanderfolge und aus der Therapie auf Syphilis als Ursache, Rückschlüsse, die ja nur bei grofsen Zahlen und grofser Vorsicht gezogen werden können.

Dafs die degenerativen Veränderungen des Nervensystems vielfach auf Syphilis zurückzuführen sind, bezweifelt der Verfasser nicht. Es darf uns dieses nicht wunder nehmen, denn so manche chemische und organische Gifte haben die Eigenschaft, bestimmte, nervöse Elemente anzugreifen. Besonders sind die diptheritischen Lähmungen passende Analoga, da die Wirkungen auf das Nervensystem noch Wochen nach Ablauf des Leidens hervortreten. Der degenerative Proceſs kann die spät auftretende Wirkung eines toxischen Agens sein, eine Ansicht, die der Strümpelschen entspricht.

Von besonderem Interesse sind die Äufserungen über die Heilbarkeit der Syphilis, die in dem Satze gipfeln, dafs die Syphilis unheilbar ist, d. h. dafs wir keinen wirk-

lichen Beweis dafür haben, dafs dieselbe jemals geheilt ist. Verfasser hält es daher für richtig, dafs jeder Syphilitische fünf Jahre nach den letzten Erscheinungen zweimal jährlich eine dreiwöchentliche Kur durchmacht, während deren er täglich ein bis zwei Wochen Jodkalium nimmt. Jodkalium aber länger als sechs Wochen hintereinander zu geben, hält Verfasser für ein gefährliches Beginnen.

Wenn auch diese Vorträge nichts Neues bringen, so werden sie doch durch die Klarheit der Ausführungen jeden fesseln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis des Nervensystems, von H. C. Wood. (G. S. Davis. Detroit 1889. 135 S.) Lediglich auf Grund eigener Erfahrungen an der Hand eines umfangreichen Krankenmateriales — etwa 2000 Fälle von Syphilis des Nervensystems — hat der Autor sein lesenswertes Buch verfafst.

Was die Ätiologie betrifft, so ist man nur selten in der Lage, sich zu erklären, weshalb die Syphilis in den einen Fällen das Nervensystem verschont, während sie dasselbe in anderen Fällen frühzeitig befällt. Fournier und andere Autoren wollen die Wahrnehmung gemacht haben, dafs vorwiegend solche Syphilitiker, welche ihr Gehirn bei ihrer Berufsthätigkeit überanstrengen, an Syphilis des Nervensystems erkranken. Verfasser hat sich von der Richtigkeit dieses Satzes nicht überzeugen können, vielmehr bei zahlreichen Fällen das Gegenteil erfahren. Viel natürlicher scheint ihm die Annahme, dafs eine Krankheit oder eine Verletzung, die sonst im stande sind, eine Affektion des Nervencentrums nach sich zu ziehen, bei einer syphilitischen Person einen spezifischen Ausbruch in diesem Centrum hervorrufen kann. Es werden Beispiele berichtet, wo Sonnenstich bei Syphilitikern die ersten Anzeichen der Gehirnsyphilis zu Tage gefördert haben.

Im engsten Zusammenhange mit der Ätiologie der Nervensyphilis steht die Frage nach der Zeit ihres Auftretens. Die Litteratur führt Fälle auf, wo die Syphilis des Nervensystems zu jeder Periode von 1—30 Jahren nach der Infektion zum Ausbruch kommen kann. — Verfasser erörtert die Frage eingehend unter Beibringung statistischen Materials aus der Litteratur und der eigenen Praxis.

Kapitel II der vorliegenden Arbeit behandelt die pathologische Anatomie, die verschiedenen Formen, die Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Syphilis des Gehirns. Ein reiches kasuistisches, sehr interessantes Material unterstützt den Verfasser in seinen Ansichten. Das III. Kapitel behandelt in derselben Weise die Syphilis des Rückenmarks, während im letzten Kapitel die peripheren Nerven einer kurzen Betrachtung unterzogen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Die moderne Behandlung des Ekzems, von Henry G. Piffard, New York. (G. S. Davis. Detroit 1890.) Verfasser will, wie er in der Vorrede bemerkt, in der vorliegenden Arbeit eine kurze Übersicht über die hauptsächlichsten klinischen Varietäten des Ekzems geben, ihre Ätiologie nach seinem Wissen und Können klarstellen, uns mit den zweckmäfsigsten Heilmitteln und ihrer Anwendungsweise bekannt machen.

Verfasser definiert das Ekzem als eine Affektion der Haut, die unter dem Einflusse von inneren, zuweilen aber auch von äufseren Ursachen entstehen und durch die Anwesenheit von Bläschen, Pusteln, Papeln oder anderen Läsionen charakterisiert ist.

Die einzelnen Varietäten, ihre Lokalisation werden kurz beschrieben.

Was die Ätiologie betrifft, so stehen die Vertreter der französischen Schule, welche das Ekzem ebenso wie die meisten Hautkrankheiten in erster Reihe auf innere Ursachen zurückführen, den Vertretern der deutschen Schule, die das Hauptgewicht auf äufsere Reize mechanischer, chemischer oder thermischer Natur legen, gegenüber.

Verfasser nimmt insofern einen vermittelnden Standpunkt ein, als nach seiner Ansicht zum Zustandekommen des Ekzems in der Mehrzahl der Fälle sowohl innere wie äufsere Ursachen notwendig sind. — Die verschiedenen Diathesen der französischen Schule werden einer kurzen Besprechung gewürdigt. Bei der Behandlung des Ekzems hat man eine doppelte Aufgabe zu erfüllen, einmal müssen die vorhandenen Läsionen so schnell und so durchgreifend wie möglich beseitigt werden und zweitens mufs man, um die Tendenz zu Recidiven zu vermindern oder zu vernichten, der allgemeinen Körperkonstitution oder den Gewohnheiten der Patienten seine volle Aufmerksamkeit zuwenden. Die Therapie hat folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. die Hygiene; 2. die Beseitigung der direkten, das Ekzem hervorrufenden Ursachen; 3. die Diätetik; 4. die innere, 5. die äufsere Medikation.

Die Behandlung des Ekzems wird von diesen Gesichtspunkten aus eingehend besprochen, der lokalen Therapie ein besonderes Kapitel gewidmet, ebenso der Therapie einzelner Varietäten des Ekzems. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Syphilis, lex Heinze und Reichsseuchengesetz, von A. Blaschko. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 16.) Der rührige Verfasser hätte im Entwurf des Reichsseuchengesetzes gern die anfangs vorhanden gewesene Berücksichtigung der Syphilis gefunden. Diese fehlt aber vollkommen. Dagegen enthält der Entwurf der lex Heinze einen Paragraphen (327a): „Wer wissend, dafs er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark bestraft. Ist die Handlung zwischen Ehegatten verübt, so tritt Verfolgung nur auf Antrag ein.“ Es bedarf also nicht mehr des Beweises, dafs die Ansteckung wirklich erfolgt ist, aber es bedarf des Beweises, dafs der Thäter bewufst gehandelt hat, und der ist schwer zu führen. Verfasser will aber überhaupt diesen Gegenstand nicht dem „Reichsmoralgesetze“, sondern dem Reichsseuchengesetze angereiht wissen. Dafs die Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten nicht anwendbar ist, sieht der Verfasser selbst ein; es liefsen sich nur Vorschriften geben, die sich auf die Prostitution erstrecken. Blaschko schlägt vor, folgende Bestimmung dem Reichsseuchengesetze nach Aufhebung des § 361, 6 des Reichsstrafgesetzbuchs anzufügen:

„Eine weibliche Person, welche eingestandener- oder überwiesenermafsen gewerbsmäfsig Prostitution treibt, kann auf die Dauer von drei Monaten zu regelmäfsig wiederholten Untersuchungen durch einen beamteten Arzt angehalten werden. Der Beweis ist in einem ordentlichen Gerichtsverfahren zu erbringen, ein mündliches Zeugenverhör anzustellen und ein Protokoll über die stattgehabte Verhandlung aufzunehmen. Die Ausdehnung der Untersuchungen auf je weitere drei Monate kann durch Gerichtsbeschlufs erfolgen: 1. wenn die betreffende Person zur Zeit noch venerisch krank ist, 2. wenn dieselbe fortgesetzt gewerbsmäfsige Prostitution treibt, 3. auf eigenen Antrag derselben. Die Aufhebung der Untersuchung kann seitens der Prostituierten nach Ablauf der ersten drei Monate jederzeit beantragt werden. Die Verhandlung hierüber hat binnen drei Tagen nach Eingang des Antrages stattzufinden.

Venerisch erkrankte Prostituierte sind einem Krankenhause zur unentgeltlichen Behandlung zu überweisen." — Durch diese Vorschläge will Verfasser das gesamte Institut der Sittenpolizei mit all' seinen Chikanen beseitigen, an Stelle polizeilicher Willkür gesetzliche Regelung einführen, dis Stellung unter Kontrolle nur auf eine bestimmte Zeit beschränken. Daneben soll man natürlich durch Aufklärung, Vermehrung der Gelegenheit zur Heilung, Heben des materiellen und geistigen Niveaus, durch Ermöglichung früher Heirat die Syphilis bekämpfen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten und ein darauf zielender Gesetzvorschlag, von Giersing. (*Ugeskr. for Laeger.* 35. 278. *Deutsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 13.) Die Gesetze zur Verhütung venerischer Krankheiten haben den Fehler, dafs sie den Mann unberücksichtigt lassen, und dafs die Mädchen unmittelbar nach beendeter Syphiliskur wieder ihrem Gewerbe überlassen werden. Um diese Fehler zu beseitigen macht der Verfasser Gesetzesvorschläge, welche Mann und Frau treffen, sobald sie anderen schaden, den Prostituierten das Handwerk erschweren und die ärztliche Hülfe zugänglicher machen sollen. Aufserdem werden gerade die Kuppler zu strengeren Strafen herangezogen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Prostitution in Rufsland, von Rubin [nach: *Statistique de l'empire de Russie* No. 13. *La prostitution d'après l'enquête du premier août* 1889. *Petersburg* 1891.] (nach: *Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 13.) In ganz Rufsland, mit Ausnahme Finnlands, sind 1164 Bordelle, 17603 Prostituierte, von denen 7840 in Bordellen leben. Von den vielen übrigen Zahlen will ich nur anführen, dafs von sämtlichen Prostituierten 26,1% syphilitische waren und aufserdem noch 24,1% an sonstigen venerischen Krankheiten leiden; die Procentzahlen sind für kasernierte und nicht-kasernirte annähernd gleich. — Die anderen Zahlen haben wohl wenig Wert, da sich in Rufsland höchstens eine Übersicht über die Bordelle, nicht über die freien Prostituierten gewinnen läfst. Die Statistik führt im ganzen 9763 freie Prostituierte für ganz Rufsland auf; das dürfte kaum für Petersburg und Moskau reichen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Über Lepra, von Frank von Allen-Maduras. (*Medical. Record.* 7. Novbr. 1891. *Deutsche Med. Zeit.* 1893. No. 14.) Nach Wiedergabe von sechs Krankheitsgeschichten kommt Verfasser auf die Kontagiosität zu sprechen. Die Lepra ist auf hereditär nicht belastete Personen nicht leicht übertragbar. Von 150 in 50 Jahren im Lepraspital beschäftigten Personen erkrankte nur ein einziges, nicht belastetes Individuum. Wenn auch nach der Statistik 5—6% Lepröser nicht aus leprösen Familien stammt, so scheinen doch die meisten Menschen immun gegen Lepra zu sein. — Gurjunöl und Chaulmoograöl wurden äufserlich und innerlich angewandt. Tuberkulin bewirkte Reaktion, aber keine Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In Sachen der **Bekämpfung der Lepra** (aus der *Petersb. medizin. Wochenschr.* No. 41. 1891) macht die Dorpater Gesellschaft bekannt, dafs aufser dem Leprosorium in Muhli für 25 Kranke eine ähnliche Anstalt in Nennal für circa 70 Aussätzige eröffnet ist; letztere ist mehr für die noch arbeitsfähigen Kranken bestimmt, während die Anstalt in Muhli die schwerer Erkrankten aufnehmen soll, welche eingehender ärztlicher Behandlung bedürfen. Die Gesellschaft fordert zum Beitritt auf, um es ihr zu ermöglichen, ihr menschenfreundliches Werk fortzuführen, zumal sie in Esthland

eine Filiale zu gründen beabsichtigt. Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 3 Rubel jährlich, oder eine einmalige Gabe von 50 Rubeln. *F. Hahn-Bremen.*

Die Lepra in Rumänien, von Prof. KALINDERO. (Mitteilung am II. internationalen Kongreſs für Dermatologie und Syphiligraphie in Wien 1892.) — K. ist entschiedener Kontagionist und schreibt der Heredität einen nur begrenzten Einfluſs zu. Über die Übertragbarkeit der Krankheit durch Insektenstiche, Impfung, sowie den Genuſs von gesalzenem Fische hat er keine eigenen Erfahrungen gemacht, hält aber letztere Art für höchst unwahrscheinlich, indem viel zahlreichere Fälle von Lepra unter den Uferbewohnern der Donau, die sich vorzüglich mit Fischen ernähren, vorkommen müſsten. Dagegen ist er auf Grund seiner Untersuchungen überzeugt, daſs der Leprabacillus direkt durch scheinbar intakte Haut seinen Einzug in den Organismus hält und zwar via Haarfollikel; auch sind Fälle bekannt, wo eine Ansteckung von Säuglingen durch den bloſsen Kontakt mit der unversehrten Mutterbrust stattgefunden hat. K. konstatiert die vielfache Ähnlichkeit der Lepra mit der Syringomyelie, und hegt er keinen Zweifel, daſs zahlreiche diagnostische Irrtümer vorgekommen sind. Zur Feststellung der Diagnose empfiehlt er in solchen Fällen die Applikation eines Vesikans auf die Haut, wodurch nach Eintritt der Eiterung der Bacillus leprae mit Leichtigkeit gefunden werden kann.

Bezüglich der Therapie hat K. sämtliche von den Autoren gepriesenen Mittel durchprobiert, mit keinem derselben jedoch eine Heilung zu erzielen vermocht, höchstens kam es zu vorübergehender Besserung. Dagegen ist er auſserordentlich zufrieden mit dem innerlichen (bis 4,0 pro die in Kapseln) und äuſserlichen (10—20 % Salben) Gebrauch des rohen rumänischen Petroleums, womit er alle seine Leprösen behandelt. Prophylaktisch verlangt K. die Isolierung der Leprakranken, welche Maſsnahme in Rumänien auch bereits eingeführt wurde.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Leprose in Rufsland, von Miss MARSDEN. (*Med. press.* nach *Deutsche Med. Zeit.* 1893.) Auf Grund von Reisebeobachtungen berichtet die Verfasserin über die traurigen Zustände der Leprösen im Distrikt Irkutsk (Sibirien). Sobald einer erkrankt, wird er in die Wälder gejagt, wo elende Hütten aufgestellt sind; niemals darf er es wagen, sich den Mitmenschen zu nähern. Sie ernähren sich in kümmerlicher Weise von Baumrinden und ihnen von den Angehörigen in der Nähe der Hütte hingelegten Fischen. Kranke jeden Alters, darunter viele Blinde und Wahnsinnige, hat die Verfasserin gesehen, die oft keine Menschenähnlichkeit mehr hatten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Leprose in Bochara. (*Lancet.* 9. Nov. 1891. *Deutsche Med. Zeit.* 1893.) In Bochara sind die Leprösen ganz ohne Aufsicht, sie führen ein freies Leben, können heiraten. Jetzt hat der Emir sich dazu verstanden, ein Leprahospital zu gründen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra anaesthetica, insbesondere des Rückenmarks, von CARL LOOFT. Aus dem pathalog.-anatom. Laboratorium des Lungegaardhospital zu Bergen. *Virchows Archiv* 128. 2. Verfasser hat in 2 Fällen von Lepra anaesthetica Rückenmark, Ulnarnerven und einige Muskeln zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Er wandte die WEIGERTsche und Alaunkarminfärbung an. In beiden Fällen fand sich eine Degeneration der Hinterstränge — im ersten mehr im Cervikal-, im zweiten mehr im Lumbalteil —, eine erhebliche Atrophie der hinteren Wurzeln, bindegewebige Degeneration, Schwund der markhaltigen Fasern und Veränderung der Ganglienzellen in den Spinalganglien. Die peripheren Nerven zeigten chronische Neuritis. In der grauen Substanz, den Vorderhörnern, den vorderen

Wurzeln fanden sich keine Anomalien, die Lähmungen sind also peripherer Natur. Die Affektion des Rückenmarks geht aus von den Spinalganglien. — Der Befund ähnelt demjenigen bei Tabes nach Ergotismus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Resultate mit den Injektionen Kochscher Lymphe bei verschiedenen Formen von Lepra, von Kalindero und Babes. (*Revue de médecine.* Oktober 1891.) Nach einigen einleitenden differentiell-diagnostischen Angaben über Lepra und Tuberkelbacillus teilen die Verfasser die Resultete ihrer Injektionen mit Kochscher Lymphe bei 11 Patienten mit Lepra tuberosa und nervorum mit. Dieselben sind folgende: Während bei Tuberkulösen die allgemeine Reaktion bereits 6 Stunden nach den Injektionen erfolgt, pflegt sie bei Leprösen erst nach 24, seltener schon nach 12 Stunden einzutreten, dauert auch länger an und wiederholt sich in den nächsten Tagen öfters; auch findet in letzterem Falle eine Accumulation der Wirkung statt. Die lokale Reaktion besteht in intensiver Injektion der leprösen Infiltrate, die aber nicht, wie bei der Tuberkulose, erweichen und abgestofsen werden. Bei Lepra nervorum bestand die lokale Reaktion in einer Hyperästhesie der anästhetischen Partien. In gewissen Fällen von Lepra tuberosa findet bei relativ geringen Dosen eine äufserst heftige allgemeine Reaktion statt, wie sie bei Tuberkulose niemals beobachtet wurde, auch kann die lokale pseudo-erysipelatöse Reaktion aufserordentliche Dimensionen annehmen. Eine Angewöhnung bei progressiv steigenden Dosen findet bei Leprösen selten statt.

Die Injektionen können demnach als diagnostisches Hülfsmittel zur Entscheidung zwischen Lepra und Tuberkulose dienen; der therapeutische Effekt jedoch ist höchst geringfügig und nur vorübergehend. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

1. Kaurin: **Leprastudien,**

In der von norwegischen Ärzten zu Ehren des alten Lepraforschers Dr. Danielssens Jubiläum ausgegebenen Festschrift hat der Direktor des Leprahospitals zu Reknæs eine Übersicht über unsere gegenwärtigen Errungenschaften in der Kenntnis der Lepra gegeben. Bezüglich der Frage über die Möglichkeit der Reinzüchtung der Lepra-Bacillen steht Verfasser skeptisch gegenüber den Mitteilungen von solchen gelungenen Versuchen: er selbst hat in zwei Jahren längere Versuchsreihen angestellt, immer aber mit negativen Resultaten. Auch die Inokulationen auf Menschen sieht er als noch nicht bewiesen an; er teilt eine Reihe von Versuchen mit, die schon längst von Danielssen angestellt, aber noch nicht publiciert waren, jetzt aber mit dessen Einwilligung detalliert wiedergegeben werden. D. hat sich 1844 nebst drei Hospitalgehülfen inokuliert, wieder 1846 und 1856, jedesmal zusammen mit zwei bis drei anderen Unterärzten oder Officianten, während im Jahre 1857 mehrere syphilitische und Favuspatienten Objekte abgaben, 1858 wurde Danielssen selbst wieder zum vierten Mal inokuliert. Alle Versuche ergaben negatives Resultat.

2. Kaurin hat Erdproben vom Kirchhof aus der Nähe lepröser Leichen genommen, untersucht und nie Leprabacillen gefunden; auch Luftproben aus Leprazimmern des Hospitals und Staub zeigten sich bacillenfrei.

3. Armauer Hansen. **Hodenlepra.** (*Danielssens Festschrift.*) Verfasser hat immer Bacillen in Fällen von Knotenlepra gefunden, sowohl im intertubulären Bindegewebe wie in den Samenkanälen. Globi können hier frei wie auch in Epithelzellen vorkommen. Die Bacillen sind, wie Verfasser meint, meist im körnigen Zerfallsstadium, und es mufs zweifelhaft sein, wie weit solche, mit dem Sperma ausgeschieden, wirklich ansteckend sein können.

4. Looft. **Zur Ätiologie und Anatomie der Lepra anästhetica.** (*Danielssens Festschrift.*) Verfasser hat in vier Fällen Hautstücke aus den Flecken ausgeschnitten und immer Bacillen gefunden; diese waren ganz denjenigen aus Nerven etc. analog,

doch ihre Menge relativ kleiner; je frischer der Fleck, desto gröfser war die Menge der Bacillen. In den Muskeln konnte er dagegen in drei untersuchten Fällen nie Bacillen nachweisen; Verfasser glaubt deshalb, dafs die lepröse Muskelatrophie und Paralyse nicht direkt einem bazillären Prozefs entspringen, sondern konsekutiv der Neuritis folgen.

5. Holst. **Über Inokulation und Züchtung der Leprabacillen aufserhalb des Organismus.** (*Danielssens Festschrift.*) Nachdem Verfasser die früheren Inokulationsversuche (Ortmann und Melchers etc.) einer ziemlich vernichtenden Kritik unterworfen und die angeblich hervorgebrachte lokale oder allgemeine Lepra als zweifelhaft bezeichnet hat, beschreibt er eine Reihe Inokulationen, die er in die Augen von Kaninchen gemacht hat und in denen er später nie allgemeine oder auch nur teilweise Resultate, die als „lokale" Leprose aufgefafst werden könnten, zu verzeichnen hat.

Verfasser hat ca. 100 Kulturversuche gemacht, auf Blutserum und anderen Substraten, immer mit negativem Resultat.

6. Kaurin. **Das Gesetz vom 6. Juni 1885 von der Isolierung der Leprakranken.** (*N. Mag. for Læger.* 1893. No. 3.)

Verfasser giebt eine Darstellung von der Wirkungsweise dieses Gesetzes, das Zwangsisolation der Kranken überall da vorschreibt, wo Absonderung nicht durchgeführt werden kann oder verweigert wird. Er zeigt, dafs es möglich ist, das Gesetz ohne Inhumanität durchzuführen, und meint, dafs die stetige Abnahme der Leprösen in Norwegen zu Gunsten des Gesetzes spricht. Auch wird hierdurch eine allgemeine Kenntnis der Weiterverbreitung und der Gefahren dieser Krankheit nach und nach wachgerufen. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

b) *Tuberkulose.*

Eine Methode zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen, von Solles. (*Le Bulletin méd.* 1892. No. 39.) Das zu untersuchende Gewebe kommt, in Würfel geschnitten, für 12 Stunden in Alkohol, ebensolange in Äther und dann ebensolange in Collodium. Die Schnitte kommen in eine kurz vor dem Gebrauch herzustellende Mischung aus:

Aq. dest.	100,0		*Aq. dest.*	100,0
Berliner Blau	1,0	und	*Gelatinae*	1,0
Acid. oxal.	0,2			

Alle anatomischen Elemente färben sich, nur nicht die Tuberkelbacillen. — Durch diese Methode will Verfasser das Vorhandensein von Sporen bei dem Tuberkelbacillus festgestellt haben.

Auch die Mikroorganismen bei Carcinom sollen durch dieses Verfahren zu differenzieren sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über specifische Bacillen des Chalazions, von J. Deyl. (*Internat. klin. Rundschau.* 1893. No. 14. 15.) In jüngster Zeit ist die Ätiologie des Chalazion viel studiert worden; das Resultat war, dafs dasselbe ein tuberkulöses sei (Tang; Wichert-Nauwerk). Letzterer fand in dem Granulationsgewebe unter 28 Fällen zweimal Tuberkelbacillen. Verfasser kommt zu anderen Resultaten; er fand specifische Bacillen, die wahrscheinlich mit den Pseudodiphtheriebacillen (Loeffler, Hofmann) identisch sind. — Zuerst versuchte er, ob durch Impfung mit dem Chalaziongewebe sich Tuberkulose am Kaninchenauge erzeugen läfst; das war unmöglich. Dagegen liefse sich aber einwenden, dafs die Bacillen im Chalazion schon abgestorben waren. Experimentell liefs sich nachweisen, dafs abgestorbene Bacillen, in die Augendrüsen injiciert, noch nach Monaten die specifische Färbung annehmen; durch Injektion derselben erzielt man nur Eiterung.

— Fuchs faſst das Chalazion als durch Retention und Reizung bedingt auf; die daraufhin vom Verfasser gemachten Versuche fielen negativ aus. — Nun wandte sich Verfasser wieder der Bakteriologie zu, wobei er schlieſslich, wie erwähnt, charakteristische Bacillen fand, mit denen er ein Chalazion experimentell erzeugte. Er konstatierte diese Bacillen zuerst in dem Chalazion incipiens, dessen Entwickelung aus dem Hordeolum internum s. Meibomianum er beobachtete. Diese Bacillen bilden schmutzig-weiſse, konfluierende Kolonien, sind im hängenden Tropfen unbeweglich, glänzen stark, nehmen Anilinfarben, besonders Gentianaviolett sehr gut an, färben sich nach Gram, in Schnitten nach Weigert. Ihr Aussehen wechselt mikroskopisch ungemein.

(Man vermiſst in der Arbeit die nötige Rücksicht auf die pathologisch-anatomische Struktur des Chalazion, die durchaus tuberkulösem Gewebe entspricht. Auch die bakteriologisch-experimentellen Beweise sind nicht überzeugend; ob die hervorgerufenen Chalazia wirklich solche sind, ist durchaus nicht bewiesen. Es scheint mir nicht, daſs diese Arbeit die oben citierten widerlegt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Inokulationslupus, von Carl Friedrich Stachow. (Inaugur.-Dissert. Bonn 1892.) Nach Citierung des Jadassohnschen Falles von Inokulationslupus durch Tättowieren giebt Verfasser ausführlich den schon von Wolters publicierten Fall wieder, indem ein Student seine Schmiſswunde durch den kratzenden Finger während der Untersuchung tuberkulöser Sputa inficierte und sich an diesen Stellen ein Lupus entwickelte. Diese Fälle sprechen für eine Entstehung des Lupus durch direkte Infektion von auſsen im Gegensatz zu der besonders von Baumgarten vertretenen Ansicht von der hämotogenen Entstehung. Verfasser sucht dann alle Beweise herbeizuschaffen, welche den Impflupus unterstützen, indem er auch besonders auf den Umstand hinweist, daſs Lupus sich sehr oft an Stellen entwickelt, wo ein Trauma früher eingewirkt hat, wofür er zahlreiche Belege aus der Litteratur anführt. In anderen Fällen bereiten andere Leiden, die Hautdefekte setzen, den Boden für den Impflupus vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung eines Falles von Lupus vulgaris mit Hülfe der Thiersch'schen Implantationsmethode, von G. Göring. (Dissert. Würzburg 1891.) Verfasser würdigt zunächst die gegenwärtigen Anschauungen über die Ätiologie des Lupus vulgaris einer kurzen Besprechung, ebenso die neuesten Beobachtungen auf pathologisch-anatomischem Gebiete; teilt dann mit, wie er sich den Infektionsmodus beim Lupus denkt, versucht aus demselben, wie aus den pathologischen Befunden einige charakteristische, klinische Eigenschaften der Affektion ungezwungen abzuleiten, erörtert gleichzeitig die Frage der Koincidenz des Lupus mit anderen tuberkulösen Infektionen. Sodann giebt Verfasser ein genaueres Bild der pathologisch-anatomischen Befunde, wie sie ihm bei der mikroskopischen Untersuchung von Schnitten eines Lupus entgegentraten, welcher auf der chirurgischen Klinik von Prof. Schönborn mit Hülfe der Thierschschen Transplantationsmethode behandelt wurde. Diese chirurgische Behandlungsweise des Lupus wird im Vergleich zu anderen Methoden auf ihren Wert geprüft und an der Hand der Litteratur kritisch beleuchtet. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Wirkung des Europhen auf den Bacillus der menschlichen Tuberkulose, von Ferd. Christmann. (*Centralbl. f. Bakt. und Parasitenk.* 1893. No. 13.) Verfasser ging bei seinen, meistens an Reinkulturen angestellten Versuchen in analoger Weise vor, wie Troje und Tangl es bei der Prüfung des Jodoforms gethan. Das Europhen wurde auf die Kultur gestreut, oder in ein kurzes Reagierglas gebracht, welches in dem hermetisch verschlossenen Kulturglase hing, oder als koncentrierte (25%) Lösung angewendet. Es zeigte sich, daſs dasselbe überall da energisch

abtötend wirkt, wo es unter Verhältnisse gebracht wird, in denen Jod frei wird, was durch Wasser und Wasserdampf begünstigt wird. Europhenöl wirkt nur sehr schwach. Die beobachteten Wirkungen stehen in einem gewissen Gegensatz zu den von den oben genannten Autoren für das Jodoform gefundenen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c) *Syphilis.*

Diskussion über den Vortrag des Herrn Blaschko: Über Paraffinembolie der Lunge bei intramuskulären Quecksilberinjektionen. Verein für innere Medicin zu Berlin. Sitzung d. 13. Juli 1892. (*Deutsche Med. Woch.* 1893. No. 2.) G. Lewin geht auf die seiner Behandlung mit Sublimatinjektionen von Blaschko gemachten Vorwürfe näher ein. Weder seien gewöhnlich die Schmerzen grofs, noch habe man bei Anwendung der nötigen Sorgfalt Abscesse zu fürchten. Bei 2 Millionen Injektionen traten vielleicht 15—20 Abscesse auf. Recidive treten nach seinen grofsen Erfahrungen in 45% der Fälle auf; da Syphilitische in Berlin nur in der Charité aufgenommen werden, ist er gerade in der Lage, sich ein bestimmtes Urteil darüber zu bilden; die früheren Behandlungsmethoden haben 90% Recidive gehabt. Dafs die Recidive rascher nach den Sublimatinjektionen auftreten, ist nicht zu beweisen, wäre aber auch gerade kein Unglück, da die frühen Recidive nicht die bösesten sind. Wenn B. glaubt, dafs die Sublimatinjektionen nicht Gemeingut der Ärzte geworden, so müsse er dem widersprechen. Sodann beleuchtet L. die Nachteile der Injektion unlöslicher Salze und hebt schliefslich hervor, dafs die Mitteilungen Blaschkos nicht neu seien.

George Meyer bezweifelt den Wert der Lewinschen Statistik über die Recidive der Syphilis und hebt dann nochmals hervor, dafs das Auftreten von Abscessen unabhängig sei von dem angewendeten Mittel.

O. Rosenthal legt eine Lanze für die unlöslichen Salze ein, deren Resorption nach seinen Untersuchungen auch gleichmäfsig vor sich geht; nur bei Ol. cinereum scheine das nicht der Fall zu sein. Sehr gut sei das Hydrarg. oxyd. flavum, gefährlich das Kalomel. Hydrarg. salicyl. und Hydrarg. thymolo-aceticum seien am wenigsten wirksam. Im übrigen müsse man bei der Auswahl der Kur eklektisch verfahren. Die von Blaschko berichteten Lungenembolien seien schon lange bekannt; Lesser, Neisser, Watraczewski haben darüber geschrieben. Letzterer habe experimentell festgestellt, dafs durch Anwendung von Gummischleim die Gefahr der Fettembolie der Lungen sich umgehen lasse, und folgende Formel empfohlen:

Hydrarg. oxyd. flav.	1,0
Gummi arabic.	0,25
Aq. destill.	30,0

Neisser habe vorgeschlagen, nicht intramuskulär zu injicieren, Lesser, stumpfe Nadeln zu verwenden, denen die Venen leichter ausweichen. In Frankreich sei es üblich, die Nadel besonders einzustechen und erst, wenn kein Blut fliefse, die Spritze aufzusetzen. Er selbst habe zwei in 2 Tagen geheilte Lungenembolien nach Hydrarg. oxyd. flav. gesehen.

Lewin betont nochmals, dafs er 70000 Syphilitische mit Sublimatinjektionen behandelt habe, ohne einen Unglücksfall zu erleben. Wenn man individualisieren wolle bei der Auswahl der Kur, so möchte er fragen, welches Kriterium man dafür habe, um von vornherein zu entscheiden, welche Behandlungsart man im Einzelfalle einzuleiten hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Syphilis mit Kalomelöl-Einspritzungen nach Scarenzio-Smirnoff, von Just. Navarre. (*Annal. de derm. et de syph.* 1893. S. 106). Navarre

und L. Jullien, sein Referent in den *Annales*, scheinen begeisterte Anhänger dieses Verfahrens zu sein. N. hat in 34 Fällen von Syphilis, unter denen sich auch verschiedentliche tertiäre Formen befanden, ausschliefslich mit Kalomel-Einspritzungen behandelt und dabei die besten Erfolge erzielt; ja er ist überzeugt — und Jullien teilt diese Überzeugung — dafs er es in mindestens zwei Fällen mit beginnender syphilitischer Tabes zu thun gehabt habe, und dafs beide Male durch die Einspritzungen den Patienten das Leben erhalten wurde. Und schliefslich meint N., ob es nicht des Versuches wert wäre, mit den Einspritzungen gleich beim Auftreten eines Schankers zu beginnen — ein Verfahren, das Jullien, wie er behauptet, bereits mit bestem Erfolge angewandt hat. *Türkheim-Hamburg.*

Kritische Prüfung der antiluetischen Behandlungsmethoden (ununterbrochene, intermittierende, prolongierte); Brief an Prof. Fournier von Diday. (Paris 1893. Asselin et Houzeau). Der Brief richtet sich gegen die chronisch-intermittierende Therapie Fourniers, welche bekanntlich auf dem Prinzipe beruht, dafs das Quecksilber nicht allein die syphilitischen Läsionen, sondern die Diathese selbst beeinflusse. Dabei erwähnt D. einen Hauptfehler, der F.s Statistik anhafte und zu falschen Schlufsfolgerungen geführt habe. In derselben nämlich, welche unter 1703 Patienten der tertiären Periode nur 6 solche aufweist, die sich einer mehr wie dreijährigen Kur unterzogen hatten, wurde die Angabe der Gesamtzahl der Syphilitiker versäumt, aus der die Fälle tertiärer Lues entnommen wurden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affektionen, von Ernst Schwimmer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. 50.) Erst seit den Arbeiten von Bright wissen wir, dafs Syphilis ebenso wie Tuberkulose etc. zu Erkrankungen der Nieren führen kann. Diese kommen vor in Gestalt von Knotenbildungen, „gumma lueticum", der parenchymatösen und interstitiellen Nephritis und der amyloiden Degeneration. Zahlreiche Autoren schoben die Albuminurie bei Luetischen auf die Anwendung des Quecksilbers, was aber schon Rayer mit Erfolg bekämpfte. Man hat natürlich nur das Recht, die Albuminurie mit der Syphilis in Verbindung zu bringen, wenn dieselbe nach Durchseuchung des Organismus auftritt, also im sekundären oder tertiären Stadium. — Je vorgeschrittener die Syphilis ist, um so häufiger kommt es zu schweren Nierenerkrankungen; in besonders grofser Zahl wird man sie bei hereditär Syphilitischen finden. Überall, wo bei Albuminurie die Zeichen der Syphilis vorhanden sind, ist an einen Zusammenhang zu denken. — Die syphilitische Nephritis tritt oft sehr schleichend auf, Pausen relativen Wohlbefindens wechseln mit intensiver Albuminurie. Die Prognose ist vielleicht für die syphilitische Albuminurie am günstigsten. Um einen genaueren Einblick zu gewinnen, wurden im letzten Jahre alle Syphiliskranke einer genauen Untersuchung in dieser Richtung unterworfen und folgende drei Fragen zur Prüfung aufgestellt:

1. Zeigte sich bei der Aufnahme des Kranken Eiweifsharnen, litt er demnach an Albuminurie vor der Spitalbehandlung?

2. Konnte man durch die antiluetische Behandlung Albuminurie oder irgend ein Nierenleiden sich entwickeln sehen?

3. Wich eine bestehende oder während der Behandlung aufgetretene Albuminurie der antiluetischen Therapie?

ad 1. Unter 250 Kranken hatten nur 3 zur Zeit der Aufnahme Albuminurie. In zwei Fällen war dieselbe frühzeitig eingetreten und wich der antiluetischen Therapie; im dritten handelte es sich um eine inveterierte syphilische Nephritis, welche die Therapie nicht wesentlich besserte.

ad 2. Von den 250 Kranken stellte sich bei 22 in der Klinik im Laufe der Be-

handlung erst Albuminurie ein, ein Verhältnis, das auch von Fürbringer, Welander u. a. gefunden ist. Auffallend ist es, dafs Fournier das niemals beobachtet hat. Diese Albuminurie aber verlor sich — bis auf einen Fall — stets noch im Laufe der Quecksilberkur, war also keine durch Quecksilber bedingte. Das Quecksilber ist also kein kausales Moment für die Albuminurie; diese ist aber keine seltene Begleiterin der Syphilis. Sie schwindet wie alle syphilitischen Erscheinungen, wenn es noch nicht zu Gewebsschrumpfung oder amyloider Entartung gekommen ist.

ad 3. Die Antwort ergiebt sich aus dem eben Berichteten. Das Quecksilber übt einen günstigen Einfluſs aus, ist selbst in vorgeschrittenen Fällen nicht kontraindiciert. Diese Ansicht widerspricht direkt der von Welander ausgesprochenen, dafs die Albuminurie die Anwendung des Quecksilbers verbiete.

Die Behandlung wurde mit Sozojodolquecksilber geleitet, die Eiweifsbestimmung mittelst Salpetersäure und der Sulfosalicylsäure gemacht; letztere Probe lobt Verfasser sehr.

(Schade, dafs die Untersuchung des Urins sich nicht auf morphologische Bestandteile erstreckte; diese Identificierung der Albuminurie mit Nierenentzündung, wie sie in der Arbeit statthat, ist nicht erlaubt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Drei Fälle von erworbener Syphilis bei Kindern von 2, 3 und 4 Jahren (Entstehung durch Schanker am Kopf) von Henri Feulard. (*Soc. de derm. et de syph.* 10. Nov. 1892. *Annales de derm. et syph.* Nov. 1892.) Der erste der geschilderten Fälle und der letzte hatten den Primäraffekt an der linken Wange, was Verfasser dadurch erklärt, dafs die Kinder häufiger auf dieser geküfst werden. Der zweite Fall zeigte an der Schleimhaut der Unterlippe die Sklerose. Die Infektionsquelle war in einem Falle nicht nachweisbar; bei dem zweiten war die Mutter syphilitisch, beim dritten hatte der Onkel das Kind angesteckt. Dafs in solchen Fällen nachfolgende Späterscheinungen als Syphilis hereditaria tarda leicht gedeutet werden können, ist leicht begreiflich. (Von extragenitalen Sklerosen habe ich in letzter Zeit eine an der Unterlippe, eine durch Bifs am Finger entstandene und eine in der Palma manus gesehen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Bursitis luetica, von A. F. Büchler. (*New Yorker medicin. Monatsschrift.* August 1889.) Man kann zwei Formen von syphilitischen Schleimbeutelaffektionen unterscheiden, nämlich die Sekundärformen und die Tertiärformen.

Die ersteren treten synchronisch mit dem Erscheinen der Frühsymptome auf und kennzeichnen sich zunächst durch Schmerzhaftigkeit in den Schleimbeuteln. Neben diesem rein subjektiven Symptom treten auch klinisch wahrnehmbare anatomische Veränderungen in den Bursae auf. Meistens bietet sich dem Blicke sowohl wie der tastenden Hand eine fluktuierende Geschwulst von verschiedener Gröfse dar.

Verfasser führt aus der Litteratur und der eigenen Praxis einige Fälle von Bursitis luetica an. Die Patienten werden auf das Vorhandensein des Leidens gewöhnlich erst durch das Spannungsgefühl und durch das durch die Geschwulst erzeugte Bewegungshemmnis aufmerksam. Die so häufig bei syphilitischen Affektionen der Gelenke und Knochen angegebenen Schmerzen mit nächtlichen Exacerbationen fehlen fast gänzlich. Ausnahmsweise stellen sich rheumatische Schmerzen ein. Die Prognose ist äufserst günstig. Unter einer antisyphilitischen Kur bilden sich die Erscheinungen in wenigen Wochen zurück.

Die tertiären Formen der Bursitis zeichnen sich durch einen chronischen, sich auf Monate erstreckenden Verlauf aus. Als Prädilektionssitz dieser Formen mufs die Kniegegend angesehen werden, wobei das weibliche Geschlecht vorwiegend befallen wird. Klinisch ist die Erkrankung charakterisiert durch eine brettharte,

scharf umschriebene, schmerzlose, leicht bewegliche, stellenweise fluktuierende Geschwulst, welche die ergriffenen Schleimbeutel einnimmt. Im Anfangsstadium bleibt die Haut erhalten. Unter einer antiluetischen Behandlung kann vollständige Rückbildung eintreten. Wird die Geschwulst sich selbst überlassen, so kann sie erweichen; die darüber liegende Haut nimmt eine bläulich-rote Verfärbung an, es bilden sich Fistelgänge aus, oder es entstehen durch komplete Nekrose des Neoplasmas Geschwüre mit den charakteristischen Anzeichen eines zerfallenen Gummas.

Verfasser beschreibt einen hierher gehörigen, typischen Fall aus seiner Praxis. In anderen Fällen beschränkt sich die tertiäre Form, ähnlich wie bei manchen syphilitischen Gelenkaffektionen, auf einfache Ergüsse in die Schleimbeutel, die sich rasch zurückbilden, während die begleitenden luetischen Erscheinungen noch lange persistieren oder Nachschübe der Syphilis kontinuierlich sich einstellen.

C. Berliner-Aachen.

Einen Mann mit Gummigeschwür auf der Schleimhaut des Oberlides stellt SILEX in der Berl. med. Ges. (Sitzung d. 1. Febr. 1893) vor. Patient, Mai 1892 inficiert, hat eine antisyphilitische Behandlung durchgemacht. Vor kurzem erlitt er einen apoplektischen Insult. Das Oberlid des linken Auges ist geschwollen und gerötet; auf der Innenfläche desselben sitzt ein schmutzig-graues Geschwür mit zernagten, infiltrierten Rändern. Dieses ist sicher syphilitischer Natur; wahrscheinlich hängt auch die Apoplexie mit der Syphilis zusammen. (*Deutsche med. Woch.* 1893, No. 6.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Zungensyphilis, von HIGGUET. (*La Policlinique.* No. 6. 1893.) Bei dem 20jährigen Patienten konnte hereditäre, sowie frisch acquirierte Lues ausgeschlossen werden, und handelte es sich nach H. um eine Infektion in der Kindheit (vielleicht durch die Amme). Bezüglich der Natur des Leidens konnte in Anbetracht der erstaunlich raschen Wirkung des Jodkaliums kein Zweifel bestehen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Syphilis der Zungentonsille, von SEIFERT. (*Münch. med. Woch.* No. 6. 1893.) Während sich in früheren Publikationen die syphilitischen Erkrankungen der Zungentonsille gar nicht erwähnt finden, oder als sehr selten angesehen werden, achtete SEIFERT seit längerer Zeit bei allen ihm vorkommenden Syphilisfällen auf derartige Erkrankungen und fand, dafs die Zungentonsille keineswegs sehr selten, im Gegenteil ziemlich häufig der Sitz luetischer Erscheinungen ist, und zwar sowohl solcher des Früh- als auch des Spätstadiums. Es tritt zunächst Rötung und Schwellung der Zungentonsille auf, im weiteren Verlauf können sich Papeln auf ihr entwickeln, etwa im gleichen Verhältnis, wie auf den übrigen Rachenorganen. Diese Papeln können ulcerös zerfallen und machen dann heftige Beschwerden. Nach Abheilung der Papeln kann noch für lange Zeit eine Hyperplasie der Zungentonsille bestehen bleiben. — SEIFERT veröffentlicht diese vorläufigen Mitteilungen, um auf der nächsten Naturforscherversammlung zu ähnlichen Mitteilungen und zur Diskussion aufzufordern.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Kenntnis der tertiär-syphilitischen Affektionen des Penis, von A. F. BÜCHLER. (*New Yorker medicin. Monatsschrift.* Juli 1890.) FOURNIER fand unter 2395 Fällen tertiärer Syphilis 157 Erkrankungen der Geschlechtsorgane; nur das Nervensystem und die Knochen sind häufiger ergriffen. Die tertiär luetischen Erkrankungen des Penis bieten besondere Schwierigkeiten in diagnostischer Beziehung; sie werden oft als Primäraffekte, als Reinfektionen, als Epithelurie angesehen. Es sind zwei Formen zu unterscheiden: die pustulo-ulceröse und die gummöse, welch' letztere als Knötchen oder Tuberkel oder auch als Flächeninfiltrat sich kundgiebt.

Die pustulo-ulceröse Form, die seltenere, beginnt mit einer verschieden grofsen Pustel; die Decke platzt oder es entsteht eine Kruste, unter der ein scharf umschriebenes, mit unterminierten Rändern versehenes, rundes, ovales und längliches Geschwür auf weicher Basis sich entwickelt. Nach FOURNIER kann auch das Stadium der Pustelbildung fehlen. Für die sehr schwierige Abgrenzung von dem weichen Schanker ist wichtig: die fast niemals beobachtete Multiplicität, die bläuliche, nicht entzündliche Färbung der Areola, die langsamere Ausbreitung, die Geringfügigkeit der subjektiven Symptome, das Fehlen der abscedierenden Bubonen. Neben der Anamnese ist dann der weitere Verlauf für die Diagnose mafsgebend, der ein sehr torpider zu sein pflegt und durch rein örtliche Behandlung nicht beeinflufst wird, während eine Allgemeinbehandlung bald zum Ziele führt. — Die Nichtimpfbarkeit des Sekretes auf den Träger ist ebenfalls für die Diagnose, wenn auch mit einiger Vorsicht, verwertbar. — Der Sitz ist meistens die Glans penis. — Möglicherweise entwickeln sich diese Veränderungen an Stellen, an denen früher in der sekundären Periode Veränderungen bestanden und Reste zurückgeblieben sind, die man ja vornehmlich in Gestalt von Exsudatzellen noch lange Zeit nach NEUMANN findet.

Die gummöse Form tritt seltener als Flächeninfiltrat auf (MAURIAC: *Syphilôme en plagues;* FOURNIER: *Infiltration en nappe*); sie beginnt als braunrote oder blaurote Infiltration, die sich nur wenig über das Niveau erhebt. Der Lieblingssitz ist auch die Glans. Diese Plaques zerfallen gewöhnlich rapide und geben runde oder ovale, centrifugal sich ausbreitende Geschwüre mit scharfen, aber unterminierten Rändern, umgeben von einem braunroten Saum. Nach Zerfall des ganzen Infiltrates hört die Unterminierung der Ränder auf, und der Prozefs ist meistens begrenzt. Auch hier führt erst Allgemeinbehandlung zur Heilung. — Am häufigsten ist der eigentliche Gummaknoten an Glans, Sulcus retroglandularis, Präputium, in der Urethra, am Corpus cavernosum; sie sitzen tief oder oberflächlich, sind verschieden grofs, hart, indolent, oft rötlich-blau, und können monatelang unverändert bestehen, aber auch in einigen Wochen vereitern. Ihr Sitz entspricht oft demjenigen des Primäraffektes. Sie sind abzugrenzen von der Initialsklerose (Beginn oft mit einer Erosion; meistens keine tieferen Substanzverluste; indolente Bubonen; Anamnese), Carcinom (Beginn als kleine Warze, Zerfall zu einem rötlichen, leicht blutenden, glänzenden Geschwüre; blumenkohlartige Wucherungen; Beteiligung der Drüsen; lanzinierende Schmerzen; keine Reaktion auf Hg). —

Die tertiär-syphilitischen Affektionen der Corpora cavernosa können umschrieben oder diffus sein; letztere Form ist von FOURNIER nicht erwähnt. Die umschriebenen Knoten sitzen meistens in den hinteren Abschnitten, gewöhnlich nur einseitig, sind schmerzlos, behindern Erektion durch Knickung des Penis; vollkommene Involution ist selten; Erweiterung und Zerfall sind nicht beobachtet. — Von der diffusen Form beschreibt Verfasser drei Fälle, von denen einer in geschwürigen Zerfall endete. — In allen drei Fällen sind die vorderen Abschnitte der Corpora cavernosa, und zwar beiderseitig, betroffen. Diese diffuse Form ist von den oberflächlichen Indurationen der Corpora cavernosa aus unbekannter Ursache abzugrenzen.

Die tertiär-syphilitischen Affektionen der Harnröhre können dieselbe primär oder durch Fortpflanzung ergreifen. Die primären Formen stellen knorpelartige Infiltration der Urethra in den vorderen Teilen derselben dar. Aber auch intraurethral kommen tertiäre Erscheinungen vor in Gestalt von Gummen oder Geschwüren (TARNOWSKI, MAURIAC), die auch eine Gonorrhoe vortäuschen können (FOURNIER). GRIFFITH hat einen Fall beobachtet, in dem sich aus einem tertiären Geschwür ein Epitheliom entwickelte. — Bei all' diesen Erkrankungen sind hohe Dosen Jodkalium angebracht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen **ulceröse Syphilide** empfiehlt MAURIAC (*Journ. de mal. cut. et syph.* 1893. S. 114) folgende Salbe:

Kalomel	
Zinc. oxyd.	ā 1,0
Vaselin. alb.	26,0
Amyl.	3,0

Türkheim-Hamburg.

In der russischen *Medizinskaje Obosreiye.* No. 14. 1892. (ref. *St. Petersburger med. Woch.* No. 41. 1892.) findet sich eine Veröffentlichung von PAWLOW über einen Fall von **Reinfektion mit Syphilis**; dieselbe trat nach 5 Jahren ein, nachdem Patient 1 Jahr vorher von seinem gummösen Stadium geheilt war. *F. Hahn-Bremen.*

Die Syphilis im wirtschaftlichen Leben, von R. LEDERMANN. (*Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 8—10.) Um die Verbreitung einer Krankheit genügend zu würdigen, bedarf es vor allem einer Statistik. Für diese am besten geeignet sind die Beobachtungen im Heere. Der Vortragende entnimmt einer preisgekrönten Arbeit von einem österreichischen Militärzt TOEPLY folgende Angaben: Bei der Rekrutierung wurde 1866 und 1867 in Wien $^2/_3$, 1872 25%, 1873 35% der Gemusterten venerisch krank gefunden. Unter 100000 Wehrpflichtigen wurden 33 jährlich wegen venerischer Leiden als untauglich in Österreich zurückgestellt; in der westlichen Reichshälfte waren in den Jahren 1870—85 jährlich 55, in der östlichen 124,5 Mann von 100000 wegen Syphilis untauglich. Es nimmt also die Syphilis nach Osten an Verbreitung zu. — Von der unter der Waffe befindlichen Mannschaft erkrankten in Österreich in den Jahren 1870—85 jährlich von je 1000 Mann 60,4 an venerischen Affektionen, unter 1000 Kranken waren 48,4 Venerische. — In den Garnisonen auf dem Lande sind die venerischen Erkrankungen wegen Mangel an sanitätspolizeilichen Maßnahmen extensiver vertreten. — In den Militärlazaretten nimmt die Syphilis in Österreich fast $^1/_3$ der Fälle in Anspruch. Die Ulcera mollia sind in Abnahme, die Tripper in steter Zunahme begriffen. In der deutschen Armee sind die Syphilis, wie die venerischen Krankheiten überhaupt, besonders in den Grenzgebieten zu treffen. In der Berliner Garnison waren sie $1^1/_3$ mal so stark verbreitet, als in der übrigen Armee; die Verhältnisse sollen sich hier ungünstiger stellen, als in Wien. — In der preußischen und sächsischen Armee sollen die gonorrhoischen, in Bayern die schankrösen, in Österreich die syphilitischen Affektionen überwiegen. Während des Krieges 1870—71 stiegen die venerischen Leiden von 3,3‰ auf 77,7‰. Unter den bis Ende Juni in Lazaretten aufgenommenen Kranken waren 9% venerisch. — In der Marine ist die Zahl der venerisch Erkrankten 4 mal so häufig, als auf dem Lande.

Da unter 1000 Mann 50—100 jährlich venerisch erkranken, verliert die Armee dadurch ebensoviel, als wenn sie alljährlich eine Schlacht durchzukämpfen hätte, die im Durchschnitt 79,4 Tote und Verwundete auf 1000 Mann bringt. — 6 Arbeitskräfte von 1000 Mann gehen der Armee permanent verloren; von den europäischen Armeen sind permanent 72000 Mann wegen Venerie dienstunfähig.

Diese Inficierten gefährden nun, soweit sie nicht als geheilt entlassen werden, das Gemeinwohl in hohem Maße. Sie übertragen das Gift auf die Prostituierten und auf ihre Frauen. Der Arzt kann des Verschwiegenheitsparagraphen wegen nichts dagegen thun. Ein wichtiger Faktor ist dann die Vererbung der Syphilis; die Mortalität der hereditär Syphilitischen beträgt ja nach ZEISSL $^2/_3$ der Fälle, nach WIEDERHOFER 99%, FOURNIER 83%, HOCHSINGER 50%. Außerdem wird ein Teil der Kinder durch Spätformen entstellt und verstümmelt. Die syphilitischen Kinder bilden eine gefährliche Infektionsquelle für ihre Umgebung, die Ammen etc. Alle diese, wie viele andere, erwerben die Syphilis extragenital (Lues insontium).

Der Vortragende geht dann auf die Erschwerung der Behandlung der Syphilis durch die Krankenkassen, durch die meistens nötige, aber nicht durchführbare Krankenhausbehandlung ein und giebt am Schlufs die Grundzüge der Syphilistherapie wieder, wobei er sich zur FOURNIER-NEISSERschen chronisch-intermittierenden Syphilistherapie bekennt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Verbreitung von Syphilis und Hautkrankheiten bei den Berbern in Aurès, einer Provinz von Constantine, von L. RAYNAUD. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 65.) Die Bewohner des Bezirks Aurès in Algier sind der Civilisation noch völlig abhold; sie werden Chaouïa genannt und sprechen eine völlig unverständliche Sprache. Von den anderen arabischen Stämmen halten sie sich völlig fern.

Im Auftrage der Regierung hat sich R. einen Monat in ihrem Lande aufgehalten und dasselbe nach allen Richtungen bereist. Überall fiel ihm der widerlichste Schmutz und das zuchtloseste Zusammenleben auf. Die ärztlichen Untersuchungen wurden ihm teils durch die fremde Sprache, die erst ins Arabische und dann ins Französische verdolmetscht werden mufste, teils durch den Umstand sehr erschwert, dafs zwar die Frauen sich jeder Untersuchung willig unterzogen, die Männer aber jeder Entblöfsung ihres Körpers einen Widerstand entgegensetzten, der dem verbildetsten europäischen Pensionsfräulein Ehre gemacht hätte.

R. hat auf seiner Reise im ganzen 800 Kranke gesehen; von diesen waren nur 29 mit Hautkrankheiten behaftet (abgesehen von Syphilis, die besonders abgehandelt ist). Darunter befand sich kein einziger Fall von Krätze. Ebenso ist R. nur einmal einer Trichophytiasis begegnet; Favus dagegen ist 25 mal verzeichnet. Lepra und Elephantiasis Arabum sind, wenn überhaupt vorhanden, äufserst selten.

Von venerischen Krankheiten kommen Tripper und weicher Schanker nach RAYNAUDS Beobachtungen so gut wie gar nicht vor. Dagegen ist die Syphilis in allen ihren Formen ungeheuer verbreitet und weist Zerstörungen auf, wie sie in Europa nicht mehr bekannt sind. Von den 800 Patienten RAYNAUDS waren 120 mit allen möglichen syphilitischen Tertiärformen behaftet.

Therapeutisch läfst sich gegen die Syphilis bei dem Schmutz und der Gleichgültigkeit der Chaouïas nicht viel ausrichten, trotzdem das Jodkalium, das ihnen von Händlern zu hohen Preisen verkauft wird, Wunder von Heilungen bei ihnen bewirkt. *Türkheim-Hamburg.*

Die Syphilis während der Feudalzeit, von F. BURET. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 10.) Die vorliegende Skizze ist eine gröfsere Arbeit von BURET, die demnächst der Öffentlichkeit übergeben werden soll, (*Le „gros mal" du moyen âge*) entnommen. Verfasser bemüht sich, nachzuweisen und macht es zum mindesten wahrscheinlich, dafs Europa schon im 6. Jahrhundert von der Syphilis heimgesucht wurde. Allerlei Bezeichnungen für eine weit verbreitete und gefürchtete Krankheit, die aus diesem und den folgenden Jahrhunderten stammten, wie Morbus inguinalis, Ignis sacer, Ignis divinus, lassen sich ungezwungen auf die Syphilis zurückführen. BURET bedauert — und sein Bedauern wird sicherlich von jedem Freund der Geschichte der ärztlichen Wissenschaften geteilt —, dafs die derzeitigen Schriftsteller uns so wenig von der Symptomatologie der in Rede stehenden Krankheit berichtet haben. Indessen sind ihre Angaben doch inhaltsvoll genug, um mit ziemlicher Sicherheit die Syphilis erkennen zu lassen. *Türkheim-Hamburg.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Zur Behandlung der Trichophytie des Kopfes, von F. J. LEVISEUR. (*Medic. Record.* Juni 1889.) Bei der Behandlung des Herpes tonsurans des Kopfes fragt es

sich: Wirken die antiparasitären Mittel direkt auf die Pilze ein oder indirekt vermittelst ihrer irritierenden Eigenschaften in der Weise, dafs sie in den Haarfollikeln eine ziemlich akute Entzündung hervorrufen, welche allmählich zur Zerstörung des Trichophytonpilzes führt? Nimmt man das Letztere an, so wird man bei der Behandlung je nach dem Zustande der Haut und der Intensität der Affektion ein mehr oder minder starkes Mittel, oder eine stärkere oder schwächere Koncentration desselben Mittels anwenden, um eine Inflammation hervorzurufen. In jedem Falle empfiehlt es sich, gleich im Beginn ein stärkeres Mittel zu gebrauchen, und wenn dasselbe unter der Aufsicht des Arztes eine wirksame Entzündung erzielt hat, zu einem milderen Medikamente überzugehen, das man den Patienten selbst oder der Umgebung überlassen kann. *C. Berliner-Aachen.*

Über das akute Ekzem der Unterlippe — Katacheilitis der Schnitter (Tommasoli), von Colombini. (*Rif. med.* 1893. No. 274. 75. 76.) Verfasser teilt zwei Krankengeschichten dieser Affektion mit, von der Monetti und andere detaillierte Beschreibungen gegeben haben. Die Ansicht Monettis, als komme die Affektion in gewissen Gegenden endemisch vor, teilt er nicht. Auch findet er die Benennung Tommasolis, Katacheilitis der Schnitter, unpassend, da die Dermatose vor und nach und unabhängig von der Ernte vorkomme. Er hält sie auch nicht für parasitärer Natur, da alle Kulturversuche negativ ausfielen und auch keine Fälle von Kontagiosität bekannt seien, wie übrigens auch die Oberlippe, die doch in fast konstantem Kontakt mit der Unterlippe sich befindet, nicht befallen wird. Die Bezeichnung „akutes Ekzem der Unterlippe" hält er für die passendste. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die akuten Formen des seborrhoischen Ekzems, von Audry (*Midi médical.* 1893. No. 10.) — Verfasser hält das seborrhoische Ekzem, das er kurzweg Unna'sche Krankheit nennt, für eine Affektion sui generis und absolut trennbar von den übrigen Ekzemen sowohl als von der Psoriasis. Die Hauptcharakteristica der Krankheit, von der er eine detaillierte Beschreibung giebt, resumieren sich in den beiden Symptomen der Hypersteatose und der Entzündung, und zwar einer wahren, eine tiefgehende Läsion des Gewebes darstellenden, nicht blofs oberflächlichen, vorübergehenden, die Erytheme kennzeichnenden Entzündung. Der Kopftypus der Affektion ist in der Umgebung von Toulouse sehr häufig, seltener das Vorkommen der isolierten Sternalplaques, wie sie so häufig im Hôpital St. Louis zur Beobachtung gelangen. Verfasser teilt dann die Krankengeschichte zweier Fälle mit, sowie von dem einen den mikroskopischen Befund, den er als typisch bezeichnet: geringe Veränderungen der Knäueldrüsen; Talgdrüsen voluminös, ihre Wandungen verdickt, wie sklerosiert; Unterhautzellgewebe normal, stark elastisches Stratum; intensive entzündliche Erscheinungen in der Pupillarschicht (bedeutende kleinzellige Infiltration, Alteration der Bindegewebsfasern durch die koagulierten Massen eines reichlichen oberflächlichen Ödems); Pupillen stellenweise verlängert; Stratum mucosum normal von Wanderzellen durchsetzt; Stratum granulosum an vielen Stellen verdickt; viel Eleidin, besonders an den Stellen nahe der verdickten Hornschicht.

Was nun die Ursache des Entstehens akuter Schübe im Verlaufe des Eccema seborrh. anlangt, so nimmt Verfasser an, dafs dieselben zum Teil in dem Kausalagens der Krankheit selbst, zum Teil in der Zusammenwirkung verschiedener Mikroorganismen zu suchen seien. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pityriasis pilaris Devergie, von Professor Dr. D. van Haren-Noman berichtet in *Weekblat van het Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde* 1893, No. 11 über vier von ihm beobachtete Fälle dieser merkwürdigen, selten vorkommenden Hautaffektion.

Die wichtigsten klinischen Symptome, welche mehr oder minder ausgesprochen bei allen Fällen gefunden werden, sind: im Anfange der Krankheit leichte Abschuppung des behaarten Kopfes, welche später sehr stark zunimmt, Rötung der Haut, welche an einzelnen Stellen diffus, an anderen in stark markierten Flecken auftritt, zugleich mit leichter Infiltration und gefolgt von einem Stadium squamosum, dabei trockene Haut und minimaler Juckreiz. Die Haut der Volae und Plantae ist rot und bedeckt mit festen Hornmassen, welche durch schmerzhafte Risse und Rhagaden unterbrochen sind und zuweilen die Bewegung der Finger erschweren.

Die Haarfollikel der roten Hautpartien überragen mehr oder weniger das Niveau der Haut, und aus ihren klaffenden Öffnungen ragen kleine Hornkegel und- pfröpfchen, welche in der Mitte von einem Lanugo-Haar durchbohrt sind, hervor; die Hornkegel, welche ziemlich hart und trocken sind, bieten der Haut das Gefühl eines scharfen Reibeisens, sitzen sehr fest in den Haarbälgen und sind zuweilen so dick, dafs sie Rhagaden bilden.

Auf den Vaccinationsnarben werden keine Efflorescenzen gefunden; da hier alle Haarfollikel verschwunden sind, so ergiebt sich aus dieser Thatsache, wie sehr das Entstehen von Kegeln und kleinen Papeln von der Anwesenheit unverletzter Haarfollikel abhängt.

Die Efflorescenzen treten nicht immer an denselben Hautpartien am stärksten hervor; zuweilen konfluieren die Kegel und bilden Schuppen; in dem einen Falle besteht im Gesicht eine vermehrte Sebumausscheidung, wodurch die Schuppen eine mehr fettige, schmutzig-graue Farbe bekommen.

Verfasser betrachtet als das Primäre das Entstehen der Epithelstacheln, deren unmittelbare Umgebung sich ein wenig aufhebt und also sekundär ein rötliches oder rotes Knötchen bildet.

Die Lymphdrüsen sind in einzelnen Fällen geschwollen, nicht schmerzhaft und nicht adhärent.

Recidive zeigten im allgemeinen dieselben klinischen Symptome, wie frühere Eruptionen. Die Anwendung macerierender Salbenverbände und innerlicher Arsenikgaben in steigender Dosierung waren in den meisten Fällen im stande, im Laufe einiger Monate die Haut zur definitiven Abheilung zu bringen, konnte aber vor Recidiven nicht schützen.

Auf Grund dieses Symptomen-Komplexes stellt Verfasser die Diagnose: Pityriasis pilaris Devergie, pityriasis rubra pilaris Besnier oder Lichen ruber acuminatus Kaposi.

Der in den letzten Jahren geführte Streit über die Frage, ob die unter diesem Namen bekannte Krankheit identisch ist mit dem Lichen ruber Hebra (Lichen ruber acuminatus Kaposi) wird mit einigen Worten erwähnt und die darüber herrschende Meinung kurzweg mitgeteilt, woraus Verfasser schliefst, dafs wir jetzt zu unterscheiden haben:

1. eine Pityriasis pilaris (Devergie) = Pityriasis rubra pilaris (Besnier) = Lichen ruber acuminatus (Kaposi);
2. Lichen ruber neuroticus (Unna) = Lichen ruber (Hebra);
3. Lichen ruber planus (Kaposi) = Lichen planus (Wilson).

Der mikroskopische Befund zeigte da, wo die Veränderungen noch wenig vorgerückt waren, das Infundibulum erweitert und die Wände durch grofse Mengen koncentrisch angeordneten Horngewebes auseinandergezerrt und dadurch den Follikel in seinem obersten Teile vergröfsert. Dieses Horngewebe umgiebt auch einen kleinen Teil des ausgetretenen Lanugo-Haares, in dessen Umgebung es allmählich in das normale Stratum corneum übergeht.

Das Stratum granulosum ist dort ein wenig verbreitert, wo es in den Haar-

trichter einsinkt, zeigt aber sonst keine merkbaren Veränderungen. Auch das Rete Malpighii ist noch normal, aber die zum Follikel gehörende Talgdrüse ist schon etwas verkleinert und atrophiert, was bei Zunahme des Processes noch ärger wird. Die tiefen Schichten des Coriums zeigen nichts Pathologisches.

Im weiteren Stadium des Processes sind die Infundibula trichterförmig erweitert und ausgefüllt mit einer grofsen Menge koncentrisch angeordneten Horngewebes mit kleinen, aufgerollten Lanugo-Haaren; das Horngewebe quillt weit aus den Haarfollikeln hervor und bildet den bekannten Hornkegel.

Das Stratum granulosum ist verbreitert und kaum erkennbar. Das Rete Malpighii zeigt besonders unter den Hornkegeln eine starke Neigung, sich auszubreiten, und senkt sich mit langen interpapillaren Zapfen tief in das Cutisgewebe ein. Die Talgdrüsen der Haut sind oft verkleinert, die Zellen der Acini geschrumpft und dicht aneinandergeschlossen.

Neben den Veränderungen in dem Haartrichter scheint also auch eine Verkleinerung und Schrumpfung der Talgdrüsen vorzukommen, was jedoch ohne genauere Untersuchungen nicht für alle Talgdrüsen angenommen werden darf, weil gerade in einigen Fällen eine sehr überflüssige Seborrhoe besteht.

In den weiteren Stadien kommen auch im Corium rings um den Follikel Veränderungen vor; die kleinen Blutgefäfse und Kapillaren der obersten Coriumschichten sind hyperämisch und umgeben von kleinzelligen, entzündlichen Infiltrationen, welche zusammen mit einem geringen Ödem als Ursache der später wahrnehmbaren circumfollikulären Aufhebung und Knötchenbildung zu betrachten sind.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt also in der Hauptsache dieselben Befunde, welche Taylor, Robinson, Besnier-Jacquet und Galewsky wahrgenommen haben.

Man sieht bei der Pityriasis pilaris im Gegensatz zum Lichen ruber (Hebra) die allerersten Veränderungen ausschliefslich an den Haarfollikeln, vermutlich zuweilen auch an den Schweifsdrüsengängen auftreten. Dieselben bestehen in Vermehrung und Anhäufung von epithelialem Horngewebe, Hyperkeratosis mit anfänglicher Verbreitung, später Verdünnung des Stratum granulosum, ein Procefs also, der vorläufig nur in der Epidermis vor sich geht, zuweilen mit, zuweilen ohne Schrumpfung und Schwinden der Talgdrüssen.

Erst später, wenn die Veränderungen in der Epidermis sich bis auf die Epidermis der Umgebung des Haarfollikels ausbreiten — wenn klinisch die allgemeine Abschuppung entsteht — fängt auch das Coriumgewebe an, geringe Veränderungen zu zeigen, welche als Folge des Irritationsreizes der afficierten Epidermis zu berücksichtigen sind.

Die pathologischen Veränderungen der Epidermis und ihrer Anhänge sind also primär, diejenigen des Coriums sekundär, während beim Lichen ruber (Hebra) und Lichen planus (Wilson) die Cutis primär und viel intensiver, die Epidermis dagegen sekundär afficiert ist (Neumann, Weyl, Köbner, Crocker etc.).

Hierdurch erklärt sich zugleich, aus welchem Grunde nach Abheilung des Lichens mehr oder weniger Pigment in der Haut zurückbleibt, bei Pityriasis pilaris dagegen, niemals.

Die klinischen Symptome dieser beiden Dermatosen und die differentiell-diagnostischen Charaktere, welche die Pityriasis pilaris unterscheiden von jenen Hautaffektionen, mit welchen sie verwechselt werden könnte (Ichthyosis, Lichen pilaris, Psoriasis, Eccema squamosum) werden zum Schlufs durch Verfasser klar auseinandergesetzt.

In einer Nachschrift bespricht Verfasser die an der unteren Fläche der ausgelösten Hornschicht adhärenten Epidermisfortsätze, welche in einigen Fällen meistens einfach

in anderen dagegen gröfstenteils doppelt oder dreifach vorkommen und von Boeck „Doppel- oder Zwillingskoni" genannt werden. Verfasser hält die einfachen, welche auch gröfser und dicker sind, als entstanden aus den kleineren, dünneren, doppelten oder dreifachen Kegeln — diese letzten werden auch nur in der ersten Periode der Hautaffektion gefunden werden, später und in älteren Fällen aber nicht mehr oder sehr selten.

Das wahrgenommene abwechselnde Vorkommen einfacher, doppelter oder dreifacher Kegel würde also abhängen von dem Alter des Processes im Verein mit den anatomischen Verhältnissen der Follikel.

Schliefslich bemerkt Verfasser noch, dafs er es für nicht richtig hält, diese doppelten und dreifachen Kegel Zwillings- (Boeck) oder Drillingskoni zu nennen, weil man hieraus vermuten könnte, dafs sie von Zwillings- oder Drillings-Haarfollikeln herstammen, wie diese von Flemming und S. Giovannini wahrgenommen und beschrieben sind, und welche angesehen werden müssen als embryonale Bildungs- und Entwickelungsanomalien.

Ein paar Photographien, welche das klinische Bild darstellen, und einige Zeichnungen der mikroskopischen Bilder und der Hautlamellen mit den anhängenden Kegeln sind der Arbeit beigefügt. *J. Spruijt Landskron-Amsterdam.*

Pemphigus neonatorum periumbilicalis, von Trautenroth. (Inaug.-Dissert. Marburg 1892.) Verfasser beschreibt eine an Ahlfelds Klinik beobachtete Hautkrankheit, um damit einen Beitrag zur Kasuistik der Pemphiguserkrankungen zu liefern. Abgesehen von Hebras Pemphigus chronicus kommen nach der Beschreibung der Autoren Fälle vor, die man als Pemphigus acutus sc. neonatorum auffassen mufs. An der Marburger Entbindungsanstalt wurden nun Fälle beobachtet, die sich einigermafsen von den bisher als Pemphigus acutus beschriebenen Erkrankungen unterschieden. Der Sitz des Blasenausschlags war die Gegend um den Nabel; die Bläschen waren meist mohnkorn- bis linsengrofs und traten in der zweiten Hälfte der ersten Lebenswoche auf; Bedingung für das Auftreten derselben war Eiterung am Nabelkegel und Maceration, bezw. Einrisse der Epidermis. Als Urheber der Bläschen erwies sich der Staphylococcus pyogenes aureus. Verlauf war afebril, Prognose durchaus günstig, indem meist sehr schnell, ohne Narbenbildung, Heilung eintrat.

F. Hahn-Bremen.

b. *der Cutis.*

Ein Fall von Elephantiasis zu Brest, von Guyot. (*Annal. de derm. et de syph.* 1893. S. 57.) Bei einem 16jährigen Burschen hatte sich ohne nachweisbare Veranlassung eine Elephantiasis der linken Unterextremität entwickelt. Das Blut blieb dauernd frei von Filaria sanguinis. — Verfasser folgert aus diesem Verhalten mit Recht, dafs Elephantiasis auch ohne die gewöhnlich beschuldigten Ursachen entstehen kann; er ist geneigt, das Krankheitsbild als ein trophoneurotisches aufzufassen.

Türkheim-Hamburg.

Über die Behandlung des Panaritiums, von Julius Schnabel. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 4. 1893.) A. Schmitt hat für die Behandlung des Panaritiums möglichst frühzeitige, ausgiebige Incision empfohlen und die feuchten Verbände verworfen. Verfasser stimmt dem zu, was den Karbol- oder Sublimatumschlag anbelangt, empfiehlt aber Verbände mit dem in Österreich viel gebrauchten Liquor Burowi (essigsaure Thonerde), die bei allen Entzündungen vortrefflich wirken.

F. Hahn-Bremen.

Der Gebrauch von heifsem Wasser bei der lokalen Behandlung der Akne des Gesichts, von Fred. Leviseur. (*Medic. Record.* September 1890.) Wenn das

Mittel richtig wirken soll, so müssen sowohl Arzt wie Patient mit der Anwendung desselben vertraut sein.

Das zu brauchende Wasser soll so heifs sein, als es der Patient vertragen kann. Weniger heifs temperiertes Wasser schadet mehr, als es nützt. Das Gesicht soll mit dem heifsen Wasser nicht gewaschen, oder eingerieben oder gebadet, sondern nur für eine ganz kurze Zeit und auf einer kleinen, umschriebenen Stelle befeuchtet werden. Verfasser bedient sich hierzu seines „Thermophors" (angefertigt von G. Tiemann & Co.). Derselbe besteht aus einem Glasstab, der an dem einen Ende tubenförmig ausläuft. Dieses Ende dient zur Aufnahme eines Stückchens Baumwolle, welche mit dem heifsen Wasser getränkt und dann mit der zu behandelnden Stelle in Kontakt gebracht wird. An Stelle des heifsen Wassers können auch heifse Lösungen von Borsäure, Salicylsäure, Resorcin etc. gebraucht werden.

C. Berliner-Aachen.

Über die Behandlung des Anthrax mit Oleum phenolicum, von H. Hallopeau. (*Soc. méd. de l'Élysée. Journ. des mal. cut. et syph.* Januar 1893.) Ein Mittel bei Anthrax mufs in die Tiefe eindringen können; diese Eigenschaft kommt dem 10%igen Oleum phenolicum zu, das nach Périer ohne Alkoholzusatz hergestellt wird. Die Oberfläche wird mit demselben bestrichen und ein mit demselben getränktes Stärkemehlkataplasma darüber gelegt. Der Inhalt der Knoten wird 1—2 mal täglich entfernt; die Wirkung soll eine eklatante sein. Auch die Umgebung wird damit bestrichen, bis kleine Pusteln entstehen; das verhütet ein Weiterschreiten des Processes. Auch sonstige Hauteiterungen (Impetigo, Ecthyma) sollen durch das Oleum phenolicum günstig beeinflufst werden. — Pflaster schreibt Verfasser nicht die gleiche Penetrationskraft zu.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Lehre vom **Lichen ruber planus der Schleimhäute**, von Karl Marx. (*Ing.-Diss.* Frankfurt. 1893.) Nachdem Thibierge zwei Fälle von isolierter Erkrankung der Mundhöhle an Lichen ruber planus beschrieben hat, teilt Verfasser zunächst zwei Fälle mit, bei denen sich Lichen ruber planus nur auf der Schleimhaut des Mundes und der Zunge, ohne Mitbeteiligung des äufseren Integuments fand. Beide Fälle waren Mädchen, die Krankheit bestand seit 6 Monaten, bezw. 4 Wochen; es zeigte sich auf der Wangenschleimhaut ein Netzwerk von weifslichen, silberglänzenden Streifen, die sich rauh anfühlen, dazwischen freie Stellen, auf der Zunge finden sich weifsliche Plaques von teilweise zerklüfteter Oberfläche; dazwischen Haufen von diskret stehenden oder konfluierenden bläulich-weifsen Stippchen, primären Lichenknötchen. In dem einen Fall bestand heftiges Jucken. Heilung erfolgte unter Darreichung von asiatischen Pillen; in einem Falle mufsten einzelne Stellen mit Chromsäure geätzt werden. Differentielldiagnostisch kommen Plaques muqueuses, Leukoplakie und Pemphigus der Mundhöhle in Betracht; die Diagnose wird sehr erleichtert, wenn man einmal derartige Fälle gesehen hat; und zwar findet sich beim Lichen ruber planus die Mundhöhle häufiger mitergriffen, als man annimmt. Anhangsweise beschreibt Verfasser einen Fall von Lichen ruber, bei dem die Schleimhaut des Anus mitergriffen war, bisher die einzige derartige Beobachtung.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Lichen ruber planus mit Affektion der Mundschleimhaut, von Magnus Möller. Dieser Fall hat deshalb ein besonderes Interesse, dafs die Differentialdiagnose mit Syphilis schwierig war. Die Krankheit zeigte sich erst an den Genitalien und hatte grofse Ähnlichkeit mit papulöser Syphilis, und auch die nicht gewöhnliche Lokalisation der Mundschleimhaut konnte irreführen.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Giebt es eine vesikuläre Eruptionsform des Lichen ruber? von Magnus Möller. (*Nord. med. Arch.* 1892. No. 18.) Verfasser giebt eine Übersicht der verschiedenen Varietäten der Lichen-ruber-Eruption: 1. acuminatus, 2. planus, 3. obtusus, 4. corné, 5. moniliformis, 6. scléreux etc.

Von einer Form des Lichen ruber planus mit Bläschenbildung hat er in der Litteratur 8 Fälle gefunden. Er selbst hat einen Fall von sehr eigentümlicher Form gesehen. Der Kranke, 46 Jahre alt, wurde am 19. April 1889 in das Krankenhaus St. Göran in Stockholm aufgenommen, und am 1. Februar 1890 als geheilt entlassen. Seit 6 Jahren war er mit seiner Hautkrankheit nebst Gelenkschmerzen und Deformation der Gelenke behaftet. Bei der Aufnahme war er abgemagert, sehr schwach und konnte nicht gehen. Die Eruption, von weinroter Farbe, war beinahe universell. Die Plaques, 1 bis 1½ Millimeter hoch, waren ganz trocken mit wachsartigen kleinen Schüppchen auf roter Basis bedeckt, die benachbarten Partien waren braun pigmentiert. Starkes Jucken, keine Exkoriationen.

Die Beobachtung der primären Elemente zeigte die folgende Evolution:

1. Ein senfkorngrofser, rother Fleck, ohne scharfe Konturen, unter Fingerdruck schwindend, nicht an die Haarfollikel gebunden.

2. (Zweiter Tag.) Das Fleckchen etwas gröfser, leicht infiltriert, polygonal, keine Einziehung.

3. Auf dieser Papel erheben sich, central oder excentrisch, ein oder zwei Bläschen, wie Miliaria, mit weifsgelbem Inhalt.

4. Nach 3 bis 4 Tagen sind die Vesikeln eingetrocknet und in kleine, wachsartige, leicht ablösbare Schüppchen transformiert.

5. Durch Konfluenz der Primäreffloreszenzen neue Eruptionen von Bläschen und Eintrocknen derselben, durch Infiltration des Corpus papillare werden Blasen von weinroter Farbe hervorgebracht.

Mikrobien wurden nicht gefunden.

Durch Arsenikbehandlung wurde die Affektion geheilt, und der Kranke präsentiert bis jetzt nur pigmentierte Hautpartien. Verfasser schliefst aus seinem Fall, dafs der Lichen ruber unter die polymorphen Dermatosen rangiert werden müsse.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Über die Behandlung des Erysipel, von Carl Schuerhoff. (Inaugural-Dissertation. München 1891.) 208 im Münchener Krankenhause behandelte Fälle von Erysipel geben dem Verfasser die Basis für seine Betrachtungen über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Erysipel. Unter den Erkrankten waren 156 weibliche und 52 männliche Personen; meistens war das Gesicht ergriffen, ausgehend gewöhnlich von der Nase. Gestorben sind 4 von den Patienten. Eine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsverlaufs hat Verfasser weder bei den inneren noch bei den äufseren Mitteln konstatieren können; auch das Resorcin, das Ichthyol, das Sublimat bewährten sich nicht. Am meisten scheinen Verfasser noch die Hüterschen Karbolinjektionen und die Kraskeschen Skarifikationen des Randes mit nachfolgender Karbolberieselung zu versprechen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Komplikation des Erysipelas faciei mit Meningitis acuta, von Ar. Leidecker. (Inaug.-Dissert. Bonn 1893.) Die Specificität der Fehleisenschen Erysipelkokken wird doch jetzt vielfach bestritten; es ist doch wahrscheinlicher, dafs die Streptokokken, bald Eiterung bald Erysipel verursachen, je nach ihrer Virulenz, ihrer Eingangspforte und dem Individuum. Nachdem Verfasser diesen Punkt erörtert, berichtet er ausführlich über einen tötlich verlaufenen Fall von Meningitis im Verlaufe eines Erysipels unter Heranziehung anderer diesbezüglicher Publikationen. — Der Weg, auf dem die Kokken zum Gehirne gelangen, ist in den Blutbahnen zu

suchen, obgleich das Eindringen der Kokken in das Blut nur selten sei. Bei dem vorliegenden Fall sind im Körper nur Staphylokokken gefunden worden; es ist also eine Mischinfektion anzunehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über einen Fall von Mycosis fungoides, von W. A. Jamisson und R. Leith. (*Medico-Chirg. Society of Edinburgh.* 1. Februar 1893.) Ein kurzer, historischer Rückblick, allgemeine definierende und beschreibende Bemerkungen über die im Jahre 1832 von Alibert so benannte Mycosis fungoides leiten die Arbeit ein.

Der Fall, den die Verfasser ihren Betrachtungen zu Grunde gelegt haben, betrifft eine 38jährige Frau, deren Eltern, hochbejahrt, sich einer guten Gesundheit erfreuen. Die Patientin ist seit 11 Jahren verheiratet und hat 3 Kinder. Bis zum Ausbruch der Krankheit war sie stets gesund und von Ansehen hübsch. Vor 3 Jahren begann die Affektion mit einer geröteten, stark juckenden Stelle auf der Wange unterhalb des linken Auges. Der Beschreibung nach hatte die Efflorescenz ekzematösen Charakter. Nach kurzer Zeit zeigten sich Bläschenefflorescenzen auf der linken Seite des Kinns, sodann wurden die Extremitäten, später das ganze Gesicht, der Hals, die Schultern ergriffen.

Die Beschaffenheit des Ausschlages, die vollständige Entwickelung und der Verlauf der Krankheit werden im folgenden ausführlich beschrieben. Eine Abbildung des Falles zeigt die frappante Ähnlichkeit der Mycosis fungoides des Gesichtes mit der Lepra tuberosa.

Die Patientin ist unter septikämischen Erscheinungen gestorben. Dr. Leith berichtet über den Sektionsbefund und die mikroskopische Untersuchung des Falles. Mikroorganismen hat Verfasser nicht gefunden. — Die histologischen Befunde werden mit analogen anderer Autoren, wie Philippson, Paltauf, Pye-Smith etc. verglichen.

C. Berliner-Aachen.

Das Sklerom der Schleimhäute der Nase, des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre, von G. Juffinger. Mit 4 Tafeln. (Wien. Deuticke. 1892.) Nach einer Erörterung der geographischen Verbreitung des Skleroms bespricht der Verfasser die Ätiologie und bekennt sich auch zur Specificität des Rhinosklerombacillus, der sich besonders in den Mikuliczschen Zellen findet. — Das Sklerom lokalisiert sich nur auf der Schleimhaut der oberen Luftwege, beginnt gerne im Cavum pharyngonasale und tritt in drei Formen auf: erstens als circumskripte, weiche, rote Tumoren mit glatter drüsiger Oberfläche (jüngere Knoten); zweitens als derbere bis knorpelharte, blasse Knoten mit narbig degenerierendem Centrum; drittens, am seltensten, als diffuses Infiltrat. Die weichen Knoten zeigen ein lockeres, zartes, gefäfsreiches Grundgewebe, bedeckt von einem Plattenepithel, daneben perivaskulär angeordnete Granulationszellen, gröfsere epitheloide Zellen und Leukocyten. Die Mikuliczschen Zellen bilden oft den Hauptbestandteil der Geschwulst. In älteren Knoten ist das Granulationsgewebe gleichmäfsig entwickelt. Beim diffusen Infiltrate finden sich die Bacillen auch in den kleineren Zellen und im Epithel. — Von den weiteren Ausführungen betreffs des klinischen Bildes, des Verlaufes u. s. w. sei nur hervorgehoben, dafs die Verfasser die Prognose quoad vitam recht günstig, quoad sanitudinem direkt ungünstig stellen. Inunktionskuren führen zu geschwürigem Zerfall, alle Operationsmethoden sind von Recidiven gefolgt. Die Behandlung ist nur eine symptomatische und hat besonders die Beseitigung von Stenosen durch Tubage ins Auge zu fassen. — 38 Krankengeschichten beschliefsen die Arbeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Ätiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfs, der Luftröhre und der Nase (Rhinoscleroma), von R. Paltauf. (*Wiener klin. Woch.* 1891. No. 52.

53. 1892. No. 1. 2.) Auf Grund von Untersuchungen von 15 Fällen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Beim Rhinosklerom können auch Ulcerationen, obwohl selten, vorkommen und dann zur Verwechslung mit Syphilis Veranlassung geben. — Die typische Erkrankung der äufseren Nase kann fehlen und der Procefs blofs auf die Schleimhaut der Nasenhöhle beschränkt bleiben. — In einzelnen Fällen findet man an Stelle der charakteristischen Härte der Tumoren diese weich, einen reichlichen, schleimigen Saft enthaltend. — Das Leiden kann auch primär im Larynx oder in der Trachea auftreten, in ersterem als Chorditis subvocalis hypertrophica, in letzterem in Form einer zur Stenose führenden Entzündung; es ist der Name Rhinosklerom also nicht zutreffend. — Die Rhinosklerombacillen sind konstant vorhanden und vom FRIEDLÄNDERschen Pneumobacillus abgrenzbar. Erstere haben eine geringere Virulenz, ein geringeres Gährungsvermögen in Zuckerlösungen und eine gröfsere Empfindlichkeit gegen Säure (sie wachsen nicht in Bierwürzegelatine). Sie erzeugen keine Gerinnung in der Milch, und ihre Kulturen sind in späteren Generationen weniger üppig, trockener und konsistenter. In Schnitten von Gewebsstücken, die in MÜLLERscher Lösung und Alkohol gehärtet sind, oder in Alkoholschnitten, die vor der Färbung in MÜLLERscher Lösung gelegen, lassen sich die Rhinosklerombacillen nach GRAM und durch GRONACHERS Hämatoxylin gut färben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mycetoma (Madurafufs) und Aktinomykose, von A. A. KANTHACK. (*The Journ. of Path. and Bacteriolog.* Bd. I. Heft 2. Okt. 1892.) Verfasser hat 15 Fälle von Madurafufs in konservierten Präparaten untersucht und glaubt, dafs derselbe dem Aktinomycespilz oder einem ihm sehr nahestehenden seine Entstehung verdanke. — CARTER unterscheidet zwei Formen von Madurafufs, das „Melanoid" und „Ochroid"; im ersteren findet man im Sekret schwarze, im zweiten gelbe Partikelchen. Verfasser bespricht das klinische Bild beider Formen, die bis auf die verschiedene Färbung der Körner gleich sind. Im übrigen ähnelt dasselbe demjenigen der Aktinomykose, jedoch ist eine viscerale Form und eine entsprechende Tierkrankheit nicht bekannt. Die mangelhafte Gelegenheit zur Untersuchung soll der Grund dafür sein. Der anatomische Befund, wie das morphologische Verhalten des Pilzes bestätigen die Ähnlichkeit beider Processe und lassen auch annehmen, dafs zwischen dem Ochroid und dem Melanoid Übergänge vorhanden sind. Die Lösung dieser Frage hofft Verfasser durch Kultur- und Impfversuche herbeizuführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Noma, von BERNHARD BARTELS. Inaug.-Dissert. Göttingen 1892. Die Bezeichnung „Noma" (*νομή*) kommt bereits bei GALEN vor. Die Affektion charakterisiert sich durch gangränöse Zerstörung der orificiellen Schleimhäute, insbesondere der Lippen- und Wangenschleimhaut. Gewöhnlich beginnt der nomatöse Procefs mit einem hellen Bläschen, nach dessen Platzen ein gelblich-brauner, nekrotischer Schorf sich bildet. „Das Gewebe in der Umgebung dieses Schorfes erscheint bald infiltriert und ödematös, es fühlt sich hart an und ist vom Schorf durch eine schmale, gerötete Demarkationslinie geschieden. Die nächstliegenden Drüsen schwellen und fühlen sich gleichfalls hart an. Zugleich tritt vermehrte Speichelsekretion ein. Die brandige Zerstörung greift dann vom nekrotischen Schorf aus in die Tiefe und Breite äufserst rapide um sich, das Gewebe wird in eine jauchige, braun-schwarze, wenig zusammenhängende, fetzige Masse verwandelt, und aus dem Munde strömt ein penetranter, aashafter Geruch, der von den brandig zerfallenen Gewebsfetzen herrührt."

Temperaturerhöhung und Steigerung der Pulsfrequenz begleiten die Krankheit, die in schwereren Fällen durch umfangreiche Zerstörungen am Gesichte letal verlaufen kann. Zumeist werden schlecht genährte Kinder im Alter von 2 bis 12 Jahren

von der Affektion ergriffen. Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Typhus, geben einen günstigen Boden dafür ab.

Als Ursache der Krankheit wurde unter anderen Mercurialismus angeführt. Einige Autoren zählen die Noma zu den nekrotischen Processen bei Marasmus infolge einer Verschlechterung des Blutes durch infektiöse Krankheiten oder infolge von trophoneurotischen Vorgängen.

Nach Richter können die Ursachen skorbutische, gastrische und metastatische sein. Der Wasserkrebs ist nach seiner Ansicht eine brandige Mundfäule, welche bei schwachen ärmlichen Kindern und nach entkräftenden Krankheiten vorkomme.

Froriep war der erste, der die Krankheit auf Mikroorganismen zurückführte. Andere Autoren folgten ihm. So fand Schimmelbusch in den Gewebsfetzen der nekrotischen Teile neben Staphylokokken und Streptokokken eine Menge Bacillen, die als kurze Stäbchen mit abgerundeten Ecken, öfters zu zweien aneinander gelagert und selten zu langen Fäden ausgewachsen, erschienen. Die Bacillen traf Schimmelbusch noch tief im gesunden Gewebe an, sie nahmen ihren Weg mit den Lymphspalten. Züchtungsversuche (Plattenkulturen bei einer Temperatur von 37° C. auf Agar-Agar oder auf Kartoffeln und Gelatine) fielen positiv aus. Die bei Tieren angestellten Impfungen bewirkten wohl eine kleine Entzündung, aber nirgends Nekrose.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich die Krankengeschichten, Sektionsberichte und histologischen Befunde zweier Fälle aus den Jahren 1885 und 1887 mit.

Das Wesentlichste der mikroskopischen Untersuchung dieser beiden Fälle ist das massenhafte Vorkommen der Bacillen in den nekrotischen Partien und ihr Vordringen mit den lockeren Bindegewebszügen in das noch gesunde Gewebe.

Züchtungsversuche beim ersten Falle fielen negativ aus. Trotzdem ist Verfasser der Ansicht, dafs den Bacillen beim nomatösen Procefs eine wesentliche Rolle zukommt, dafs sie jedoch die Noma nicht verursachen können, wenn nicht noch andere ätiologische oder prädisponierende Momente hinzutreten. Als solche sind anzusehen:

1. Anderweitige vorausgegangene Schleimhauterkrankungen der Orificien;
2. schwere Infektionskrankheiten wie namentlich Masern, Scharlach, Diphtherie etc., welche den Organismus geschwächt haben;
3. schwächliche Körperkonstitution überhaupt;
4. Leben in ungesunden, feuchten Wohnungen.

Vergleichshalber wird im folgenden ein in Bremen veröffentlichter Fall von mykotischer Darmerkrankung besprochen, der in seinem mikroskopischen Befunde sowohl mit den beiden vom Verfasser beschriebenen von Noma als auch mit einem von Nasse und einigen von Klebs mitgeteilten Fällen von Intestinalmykose grofse Ähnlichkeit hat.

Verfasser meint am Schlusse seiner Dissertation, wenn auch in dem einen seiner Fälle eine Erkrankung durch Milzbrand sicher auszuschliefsen sei, so müsse mit Rücksicht auf die ähnlichen Befunde im Darme bei den Sektionen letal verlaufener Nomafälle ein besonderes Augenmerk auf etwaige im Darm vorhandene geschwürige Veränderungen gerichtet werden. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Filaria sanguinis beim Frosche; Entdeckung des Männchens, von de Nabias und Sabrazès. Associat. française pour l'avancement des sciences. (*Sem. méd.* 1892. No. 47—50.) Beim Frosche findet man die Filaria sanguinis in der Zahl von

6 bis 8 bei demselben Wirte im intramuskulösen und subkutanen lockeren Bindegewebe, seltener in den Gefäfsen. Ihr Kopf trägt 4 scharf zugespitzte Chitinhöcker. Die Männchen sind weniger zahlreich und kleiner. Die Embryonen cirkulieren im Blute; sie leben im hängenden Tropfen 6—8 Tage, vertragen aber nicht die Austrocknung. Es scheint, dafs die Embryonen einen Zwischenwirt passieren, der unter den anderen Bewohnern der Moräste zu suchen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine blasenziehende Farbe. John Hellier (*Brit. Med. Journ.* No. 19. 1892) teilt mit, dafs er vergangenen Juli zu einem gesunden Mann von 33 Jahren gerufen wurde, der Vorarbeiter in einer Lederfabrik war und folgende Erkrankung aufwies: Beide Hände und Vorderarme waren von den Fingerspitzen bis zu den Ellenbogen geschwollen. Die Finger waren wenigstens anderthalb mal so dick als normal. Die Haut war gelblich verfärbt, war heifs und gerötet und dicht bedeckt mit kleinen Bläschen von der Gröfse einer Nadelspitze. Einige waren geplatzt und sonderten Serum ab; geringe Störung des Allgemeinbefindens bestand, und die Axeldrüsen waren nicht geschwollen.

Der Patient hatte seit 14 Tagen mit einer Orangefarbe gearbeitet, die er auflösen und mit einem Schwamm auf Leder streichen mufste. Zweck der Farbe ist, das Leder so gelb zu färben, wie es jetzt zu Schuhen gebraucht wird. Zuerst klagte er über Jucken in den Händen, dann trat der gegenwärtige Zustand ein. In wenigen Tagen konfluierten die Bläschen, eine sehr grofse Blase bedeckte die ganze linke Hohlhand. Beide Vorderarme boten so das Bild eines heftigen Erysipels mit Blasenbildung, aber ohne Eiterung. Ein anderer Mann, der mit ihm gearbeitet hatte, zeigte dieselbe Erkrankung etwas weniger ausgedehnt. Die Cutis schilferte an der ganzen befallenen Stelle ab, und die Hände waren nach einem Monat heil.

Professor Hummel vom Yorkshire College prüfte freundlichst den gebrauchten Stoff, ein braunrotes Pulver von heftig reizendem Geruch, dessen Zusammensetzung wahrscheinlich Hexanitrodiphenylamin ist, eine Farbe, die man immer als giftig für die Haut angesehen hatte. Ihr Verkauf war eine Zeitlang in Deutschland verboten.

Leslie Roberts-Liverpool.

Gegen **Fissuren der Zunge** empfiehlt *le Bulletin médical:*

Acid. carbol.	2,5
Tinct. jod.	
Glycerin	ā 12,5

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der narbigen Mastdarmverengerungen, von Cedé. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 43. Hft. 3 u. 4. pag. 175—184.) C. hat 11 Fälle von Mastdarmstrikturen behandelt mit von ihm angegebenen, den Hegarschen Uterus-Bougies nachgebildeten Bougies. Die Einführung derselben mufs, nachdem eventuell in Narkose die erste Dilatation vorgenommen, täglich womöglich zweimal erfolgen; aufeinander folgende Nummern müssen hintereinander eingelegt werden und die stärkste ½—3 Stunden liegen bleiben. Meistens erlernten die Patienten die Einführung bald selbst und konnten sogar mit den Bougies herumgehen. Bei genügend langer Anwendung waren die Erfolge sehr günstig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Verlagsbuchhandlung von J. B. Baillière & fils in Paris hat einen **Katalog für Dermatologie und Syphilis** erscheinen lassen, der über 1500 Nummern umfafst und auf Verlangen den Interessenten gratis zugesandt wird.

Alle Fachkollegen seien auf dieses wichtige Büchlein aufmerksam gemacht.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 4. 15. August 1893.

EMILE VIDAL †

Von schweren Schlägen wird die Dermatologie in Paris getroffen. Kaum hat sich das Grab über HARDY geschlossen, kommt auch die Kunde vom Hinscheiden VIDALS; in dem einen Falle so unerwartet, wie im anderen. Beide konnte ich noch im vorigen Herbst beim Dermatologen-Kongresse begrüfsen, beide waren in voller Gesundheit und Lebensfrische erschienen, und nun sind sie dahin auf Nimmerwiedersehen. Und sie waren beide wahrhafte Typen Pariser Ärzte: HARDY, noch ancien régime, glatt rasiert, stets feierlich und gemessen, — VIDAL, modern, mit buschigem Schnurrbart, lebendig, beweglich, sein hohes Interesse an unserer Doktrin in Mienen und Bewegungen dokumentierend. Er war der „geborene" Pariser, wo er am 18. Juni 1825 zur Welt kam. Wohl niemand hat es ihm angesehen, wie alt er war, und als er vor drei Jahren, dem Gesetze folgend, aus dem Hôpital St. Louis austrat, wunderte man sich allgemein, dafs VIDAL schon 65 Jahre zähle, so frisch, so jugendlich sah er aus.

Relativ spät ist VIDAL unter die Dermatologen gegangen. Nach mannigfachem „Concours" bekam er erst 1867 seine Abteilung in dem durch ALIBERTS Wirken berühmten Spital, und fast wäre es ihm nicht vergönnt gewesen, seinen Dienst dort anzutreten, denn auf der Fahrt zur Übernahme desselben wurde er aus dem Wagen geschleudert und erlitt eine schwere Erschütterung seines Rückenmarkes. Mit grofsem Eifer gab er sich seinen Dienstesobliegenheiten als Abteilungschef hin und war seinen Kranken ein nimmer ermüdender, mitfühlender, energischer Arzt. VIDAL hat sich vorwiegend mit den nichtsyphilitischen Krankheitsformen der Haut beschäftigt. Unter seinen zahlreichen Arbeiten finden sich nur folgende über syphilitische resp. venerische Affektionen:

„Die Behandlung syphilitischer Ulcerationen der Trachea ohne Jod mit schwachen Dosen von Merkurialpräparaten etc." (1864);

„Über die Möglichkeit, dafs konstitutionelle Syphilis durch einen nicht indurierten Initialaffekt entstehe" (1872);

„Behandlung der blennorrhagischen Affektionen bei Mann und Weib mittelst Gurjunbalsam" (1872);

„Über die Destruktion der Virulenz weicher und phagadänischer Schanker durch Anwendung der Pyrogallussäure“ (1880).

Vidal war vor allem Dermatologe und als solcher ein würdiger Nachfolger von Alibert, Rayer, Devergie und wie sie alle heifsen, die mit ihren glänzenden Namen ihm vorangegangen sind. Schon vor seinem Eintritt ins Hôpital St. Louis hatte er drei Artikel dermatologischen Inhaltes veröffentlicht, und zwar über die Behandlung des Herpes praeputialis mit Tanninglycerin, — über sporadische Pellagra, — über Akrodynie. Von 1873 an, nachdem er sich an seinem eigenen Materiale und sogar noch in den Vorlesungen seiner Kollegen weiter ausgebildet hatte, folgten zahlreiche Arbeiten aus seiner Feder. Wir sind leider nicht in der Lage, sie alle dem Leser vorführen zu können, und erwähnen nur die uns wichtigst scheinenden.

Interessant waren seine Inokulationsversuche mit dem Pusteleinhalt mannigfacher kutaner Läsionen, welche er 1877 beim internationalen Kongrefs in Genf in toto resumierte, nachdem er schon früher über die Inokulabilität einzelner Affektionsprodukte Specialartikel veröffentlicht hatte. So hatte er gefunden, dafs es gelinge, Efflorescenzeninhalt von Impetigo, Herpes, Ecthyma, Pemphigus endemicus der Neugeborenen unter gewissen Bedingungen mit positivem Resultate zu überimpfen und dafs die Überimpfbarkeit der Materie mit Zunahme der Menge der Inokulationen abnehme. Mannigfach sind seine rein klinischen Arbeiten und Beobachtungen, wie z. B. über Dermatitis exfoliativa universalis, — Lichen ruber (Hebra), — Lichen planus (Wilson), — Lichen scrophulosorum, — Epithelioma, — Acne rosacea, — Ekzeme und die Ekzematiker, — Urticaria, — und sehr eingehend über die parasitären Hauterkrankungen. Schon lange vor der Entdeckung der Leprabacillen hat er die Lepra auf Grund seiner Beobachtungen für kontagiös erklärt und deswegen einen langen wissenschaftlichen Kampf gekämpft.

In therapeutischer Hinsicht unterschied sich Vidal von seinen Vorgängern durch die Genauigkeit, mit der er die Fälle specialisierte, für jeden die Behandlungsart wählte und mit der er die Applikationsmethoden überwachte. Mit Fug und Recht kann man behaupten, dafs mit ihm ein neuer Geist für die therapeutischen Mafsnahmen ins Spital einzog. Und hier zeigte er sich als praktischer Hygieniker, der er übrigens theoretisch schon im Beginn seiner Laufbahn gewesen. Man würde es heute gar nicht für möglich halten, dafs es Vidal so viele Mühe und Anstrengung kostete, die mafsgebenden Faktoren zu überzeugen, dafs es nicht nur zweckmäfsig, sondern auch notwendig sei, in Spitälern kontagiöse Kranke abzusondern. Aus dem Jahre 1864 datieren zwei diesbezügliche eingehende Arbeiten, von denen sich eine mit den ansteckenden

Krankheiten überhaupt, die zweite mit der Prophylaxe der Variola beschäftigt. Zahlreich sind die Vorträge die er in wissenschaftlichen Vereinen und Kommissionen über dieses Thema gehalten. Auch in mannigfacher anderer Hinsicht zeigte VIDAL sich als ein Hygieniker ersten Ranges, doch betrifft das Angelegenheiten, die in unseren Rahmen nicht passen.

Neben all' seinen klinischen, therapeutischen und hygienischen Arbeiten hat VIDAL noch Zeit gefunden, sich mit Mikroskopie zu beschäftigen, und nicht wenig stolz war er auf seinen Präparatenkasten voll von schön etikettierten histologischen Schnitten, darunter manche wohl von zweifelhaftem Werte. Als Frucht dieser seiner Arbeiten mag das im Verein mit LELOIR begonnene Werk: Symptomatologie und Anatomie der Hautkrankheiten (in deutscher Übersetzung von EDUARD SCHIFF) angesehen werden, dessen rasche Verbreitung für seine Güte Zeugnis giebt.

So sehen wir VIDAL stets bestrebt, sein Wissen zu erweitern, das Gewonnene zum Gemeingut der Ärzte werden lassen; stets bemüht, seine Schüler zu unterrichten, ihnen ein Vorbild zu sein als Arzt und als Mensch. Und wahrlich findet sich nicht oft ein offenerer Charakter, ein teilnehmenderer Freund, als VIDAL war. Liebenswürdig und gastfrei, arbeitsam und ehrlich, Feind jeder blague und avidité, war er ein Muster eines Mannes, eines Forschers, eines Arztes. — Ruhe sanft, wackerer Freund! Dein Andenken wird in uns, in der Wissenschaft nicht erlöschen!

HEBRA.

Die Färbung der Hautnerven mit Palladiumchlorür.

Von

Dr. ARTHUR STRAUSS in Barmen.

Im folgenden möchte ich auf eine Methode aufmerksam machen, welche die Färbung der peripheren Nerven, insbesondere die der Haut, in selten einfacher, klarer und sicherer Weise gestattet. Seit längerer Zeit, anfangs im Laboratorium des Herrn Dr. UNNA, mit Studien über die Endigungsweise der Hautnerven beim Menschen beschäftigt, habe ich, einer Anregung des Herrn Dr. UNNA folgend, zunächst ein Färbemittel ausfindig zu machen gesucht, welches die Schattenseiten der bisher üblichen, namentlich ihre Unbeständigkeit, Launenhaftigkeit und Unklarheit, nicht teilt. Ein solches bot sich mir im Palladiumchlorür. Dasselbe kommt in seiner Wirkung der Osmiumsäure am nächsten. Es wurde zuerst von

F. E. Schulze[1] angewandt, und zwar zum Nachweis besonders quergestreifter und glatter Muskeln. Schulze bediente sich einer 0,1%igen wässerigen Lösung, in der er bohnengroſse Gewebsstücke 2—3 Tage liegen lieſs. Nach dieser Zeit waren die Stücke bis zur schnittfähigen Konsistenz gehärtet. Die Gewebe erschienen strohgelb bis bräunlich gefärbt. Am Protoplasma reichere Zellen, wie die der Epidermis und Drüsen, nahmen ebenfalls ein gelbes Kolorit an. Horn, Fett, Bindegewebe färbten sich nicht. Ferner nahm bei unmittelbarer Einwirkung das Nervenmark eine schwarze Farbe an. Auch für die Retina und Krystalllinse rühmt er das Reagenz, welches dem Goldchlorid gleich, die Kernformation scharf hervortreten läſst und bei der nachfolgenden Karmintinktion des Bindegewebes sehr instruktive Bilder gewährt. Als unangenehme Eigenschaft hebt er die hervor, daſs bei manchen Teilen, wie Gehirn und Rückenmark, die Einwirkung nur eine oberflächliche ist.

Der Engländer Bastian empfiehlt gleichfalls (1869) Palladiumchlorür, und zwar statt der Vergoldung.

V. Thanhoffer[2] benutzte das Mittel zur Färbung peripherer Nerven, und zwar derjenigen der Cornea.

Die oberflächliche Wirkung, welche namentlich Schulze dem Gehirn und Rückenmark gegenüber hervorhebt, ist nur eine Folge der schwachen Koncentration, in der das Mittel angewandt wurde. Seine specifische Färbekraft auf die Nerven entfaltet es erst bei stärkeren, 1—2%igen wässerigen Lösungen nach womöglich tagelanger Einwirkung. Die schönsten Bilder erhielt ich bei Anwendung folgender Methode:

1. Die möglichst frischen und von möglichst jungen Individuen genommenen Hautstückchen werden sofort in eine 1%ige wässerige Lösung von Palladiumchlorür (Zusatz von einigen Tropfen Salzsäure erhöht seine Löslichkeit) auf 2 bis 7 Tage je nach ihrer Gröſse gebracht.
2. Einlegen in absoluten Alkohol bis zur Härtung.
3. Einbettung in Celloidin oder Paraffin.
4. Aufhellung der Schnitte in Nelkenöl.
5. Einbettung in Kanadabalsam.

Von den Vorzügen dieser ebenso einfachen, wie sicheren Methode wird man sich nach einem einmaligen Versuche überzeugen, zumal wenn man zunächst ein nervenreicheres Hautstück, wie die Ochsenschnauze, der Untersuchung unterzieht. Die Wirkung auf das Nervengewebe ist eine specifische. Während fast alles übrige Gewebe braungelb gefärbt wird, nehmen die Nerven bei schwacher Einwirkung eine graue, bei stärkerer eine schwarze Farbe an. Das Bindegewebe bleibt, wie bereits Schulze hervorgehoben, ungefärbt. Dieses Gewebe ist auch das einzige, welches einer

[1] *Centralbl. f. d. med. Wissenschaften.* 1867. No. 13.
[2] Gierke, *Das Mikroskop und seine Anwendung.* 1880. pag. 143.

Nachfärbung mit anderen Farbstoffen, von denen ich besonders das Orcein (nach TAENZER) und das Methylenblau empfehle, fähig ist. Namentlich ist es äufserst schwierig, eine nachträgliche Kernfärbung zu erzielen. Auch nach vorhergehender Einwirkung von Kernfärbemitteln fallen die Resultate negativ aus, da das Palladiumchlorür dieselben wieder verdrängt. Das Fett wird, entgegen der Mitteilung von SCHULZE, bei stärkeren Lösungen und längerer Einwirkung grau gefärbt.

Auf Schnitten reagieren die Nerven nicht specifisch. Auch ganze Organe zeigen bei entsprechend langer Einwirkung (bis zu 3 Wochen) das Nervennetz in schönster Weise gefärbt. Ich habe z. B. im Penis vom Kaninchen die Topographie der Nerven klar zur Anschauung bringen können.

Färbt nun das Palladiumchlorür auch die in die Epidermis eindringenden Axencylinder? Diese Frage mufs ich mit nein beantworten, da ich in den mit Palladiumchlorür gefärbten Präparaten diese Fasern nicht sicher habe nachweisen können. Nach den übereinstimmenden Resultaten, welche die Färbung mit Goldchlorid und Argentum nitricum bezüglich der Hautnerven des Menschen ergaben, ist doch ihre Existenz als gesichert anzusehen, abgesehen davon, dafs kein Grund vorliegt, sie zu leugnen, „wenn man einmal", wie FLEMMING mit Recht betont, „die ganz ähnlichen, nur viel reichlicheren im Epithel des Schweinerüssels und der Cornea zugiebt und zugeben mufs".

Ich habe nun versucht, durch kombinierte Anwendung meiner Methode mit den bisher bekannten Goldchlorid-, Silber-, Osmiumsäure- und Methylenblau-Methoden etc. eine Doppelfärbung für Mark und Axencylinder zu erzielen. Alle meine Versuche in dieser Hinsicht waren aber vergeblich. Ich möchte nur hervorheben, dafs sich das Palladiumchlorür als ein vorzügliches Fixierungsmittel des Methylenblau nach dessen vitaler Injektion erwies.

Dagegen konnte ich, insbesondere in der Kopfhaut des Menschen, subepitheliale, bräunlich gefärbte, protoplasmatische Fasern nachweisen, welche namentlich mit und auf den Gefäfsen verliefen, benachbarte Kapillarschlingen miteinander verbanden, in ihrem Verlaufe, insbesondere in der Umgebung der Gefäfse, in eigentümlich gestaltete Zellen übergingen und den Eindruck von sympathischen Fasern mit Ganglienzellen machten. Sodann sah ich im Epithel sowohl, wie in und zwischen den Zellen der Blutgefäfse, Drüsenausführungsgänge, in den Wurzelschichten der Haarbälge manchmal massenhaft und regellos zerstreute kleinere und gröfsere, manchmal gleichmäfsig grofse, spärlichere und regelmäfsiger angeordnete, hie und da mit kurzen Fasern versehene Kugeln und Körner, deren Zusammenhang mit gröberen Nervenfasern ich nicht konstatieren konnte. Eine genauere Beschreibung und Deutung dieser Gebilde behalte ich mir für eine weitere Arbeit vor.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 2. Mai 1893.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin.)

1. Herr Lassar: **Über Lichen ruber und Lichen pilaris.** L. bespricht, indem er zwei Patienten mit Lichen ruber vorstellt, die zuweilen nicht ganz leichte Differentialdiagnose der oben genannten Affektionen. Er will unter Lichen ruber stets den Lichen ruber planus verstanden wissen. Der Lichen ruber acuminatus ist ein wenig klares Krankheitsbild; L. hat selbst noch keinen unzweifelhaften Fall gesehen. Der vorgestellte Kranke wurde schon einmal durch Herrn Bruck der Gesellschaft gezeigt. Da damals vielleicht infolge medikamentöser Einwirkung starke Schuppung des ganzen Körpers und eine nicht unbeträchtliche Schwellung der Lymphdrüsen eingetreten war, so wurde von Herren Kollegen Isaak und Bruck die Diagnose Pityriasis rubra gestellt und von der Gesellschaft acceptiert. Inzwischen hat sich das Krankheitsbild so verändert, dafs die Diagnose Lichen ruber planus zweifellos erscheint. Auf dem ganzen Körper des Kranken wechseln helle und dunkle Stellen ab; die letzteren entsprechen den noch erkrankten Partien, auf denen man die charakteristischen Efflorescenzen in Gestalt braunroter, mit einer Delle versehener, in der Haut liegender Knötchen erkennen kann. Es wurde hier die gewöhnliche Lichenbehandlung, nämlich Karbol-Sublimatsalbe, Arsenpillen und Schwitzbäder angewandt, und danach hat sich das Leiden erheblich gemildert. Die Drüsenschwellung ist bedeutend zurückgegangen. Interessant ist, dafs auch dieser Fall die von Lassar aufgestellte Hypothese des ätiologischen Zusammenhanges des Lichen ruber planus mit dem dauernden Kontakt der Haut mit Leder zu stützen scheint. Der Kranke, ein Briefträger, der dementsprechend einen Lederriemen auf dem bloſsen Halse getragen hat, führt den Beginn seines Leidens auf die Reibung der Halshaut an dem Lederriemen zurück. Der Fall ist in zweifacher Richtung bemerkenswert: 1. wegen der Intensität des Processes und 2. dadurch, dafs er den Eindruck von Pityriasis keratosis pilaris macht, welche sich aber sehr wesentlich von Lichen pilaris unterscheidet.

Die zweite Patientin zeigt das Bild des Lichen pilaris; es besteht hier nämlich eine flächenhafte Ausbreitung mit Abschuppung, dazu kommt eine starke Verdickung der Drüsen. Die Affektion kann, zumal wenn entzündliche Vorgänge koincidieren, mit Lichen ruber verwechselt werden. So erinnert eine Stelle des Oberarmes der Kranken völlig an das Krankheitsbild des Lichen ruber. Bei genügender Aufmerksamkeit wird man jedoch beim Lichen pilaris jedes Knötchen an Stelle eines Haarfollikels finden. Ist die Hornproduktion des Lichen pilaris stark, so entsteht eine gewisse Ähnlichkeit mit den leichten Formen der Ichthyosis. Bei der Patientin besteht ausgeprägtes Jucken, ferner ist die fast stets vorkommende Nagelaffektion (Verdickung des freien Nagelrandes) vorhanden. Die Therapie ist rein palliativ, Einfettung der Haut und Bäder.

Herr Isaak bemerkt hierzu, dafs der erste Patient damals zu ihm kam mit einem intertriginösen Ekzem, dann aber mufste die Diagnose auf Pityriasis rubra gestellt werden. Nach Anwendung der von Herrn Lassar angegebenen Therapie verschlechterte sich der Zustand, und die Behandlung mufste aufgegeben werden. Wie der Fall jetzt aussieht, würde er sich der Diagnose Lassars anschliefsen.

Herr Rosenthal möchte die Fälle von Lichen pilaris und Lichen ruber direkt trennen, indem er eine Verwechselung beider für ausgeschlossen hält. Bei der zweiten Patientin würde er das Leiden mehr als Ichthyosis follicularis nach Auspitz bezeichnen. Hebra unterscheidet Lichen ruber planus und acuminatus, doch läfst er den Lichen ruber acuminatus zu Gunsten der Pityriasis rubra fehlen.

Herr Lewin hat den ersten Fall ebenfalls als Lichen planus erkannt; bei Lichen planus findet man kleine Knötchen, weshalb er acuminatus genannt wird.

Herr Saalfeld hat einen von Köbner diagnosticierten Fall von typischem Lichen ruber acuminatus gesehen; es bestand Rötung, Straffheit der Haut und kleine Erhabenheiten, die spitz, konisch waren, während bei Lichen planus das Aussehen ein glattes ist.

Herr Lassar weist auf die Schwierigkeit der Diagnose der ganzen, zur Diskussion stehenden Gruppe der Hautkrankheiten hin. Er beobachtete einen Mann, dessen Krankheit für Pityriasis rubra gehalten wurde; es stellte sich jedoch später heraus, dafs eine Ichthyosis vorlag, die durch entzündliche Processe Schuppenbildung auf geröteter Hautunterlage zeigte.

2. Herr G. Lewin: **Fall von Sycosis capillitii.** Der 32jährige Patient leidet seit 10 Jahren an einer Affektion der behaarten Kopfhaut. Erkrankt ist vor allem die Hinterhauptnackengrenze. Die Haare sind teilweise ausgefallen, an einzelnen Stellen befinden sich kleinere Pusteln, die von einem Haare durchbohrt sind, an anderen sind diese Pusteln unter Hinterlassung einer keloidartigen Narbe geheilt. Das ganze Krankheitsbild entspricht völlig dem der Sycosis vulgaris des Bartes. Die Häufigkeit dieses Processes im Barte und die Seltenheit an den Kopfhaaren erklärt sich vielleicht durch die mannigfachen mechanischen Insulte, denen gerade die im lockeren Bindegewebe befindlichen Barthaare im Gegensatz zu den Nackenhaaren ausgesetzt sind. Der Verlauf des Processes ist zuerst eine Hyperämie, die bis zum Haarbalg hinabsteigt, dann tritt eine glasige Aufquellung der Harbälge und Haarwurzeln ein, darauf erfolgt Infiltration der Zellen der Cutis und des Papillarkörpers; die Flüssigkeit wird allmählich eitrig, das Haar wird gelockert und ausgestofsen, und dann entsteht eine Narbe, oder es bilden sich neue Gefäfse um die erkrankten Haare; durch diese Gefäfsneubildung sieht das Gewebe wie schwammartig (d. h. wie Feigen) aus, wonach der Ausdruck Sycosis gewählt ist. Die Haare im Gesicht liegen in einem lockeren Bindegewebe und sind häufigeren Insulten ausgesetzt, daher kommt Akne und Sycosis im Gesicht häufiger vor.

Herr Saalfeld fragt nach der Therapie, worauf Herr Lewin erwidert, dafs er entweder mit Argentum nitricum ätzt, oder die kleinen Tumoren auskratzt.

Herr Saalfeld schlägt vor, nach dem Vorgange Ehrmanns vermittelst des elektrischen Stromes parasiticide Mittel in die einzelnen erkrankten Follikel einzuführen.

Herr Mankiewitz schlägt vor: Einreibung von 10% Borsäurealkohollösung früh und abends, er hat bei Akne sehr gute Wirkung davon gesehen.

Herr Lewin glaubt, dafs durch Einreibungen nichts erreicht wird; die Wucherungen müssen durch Chromsäure oder Lapis zerstört werden.

3. Herr Oppenheim: **Fall von Lichen ruber planus.** Der 45jährige Patient zeigt das typische Bild des Lichen ruber planus; auf dem ganzen Körper finden sich die charakteristischen roten, in der Haut liegenden, gedellten Knötchen. Der Procefs hat an den Streckseiten der Arme begonnen und sich dann über den ganzen Körper ausgebreitet, nur Gesicht und Hals sind frei. Unter Karbol-Sublimatsalbe und Arsen hat sich der Zustand bereits etwas gebessert.

4. Herr Oppenheim: **Fall von doppeltem Primäraffekt der Oberlippe.** Der 21jährige Patient kam anfangs April in die Behandlung und zeigte eine Rhagade an

der Oberlippe; dieselbe zeigte sich zwei Tage nach einem Kufs. Ferner bildeten sich zwei kleinere Ulcerationen an der Unterlippe aus, es schwollen die Submental- und Submaxillardrüsen an, und im weiteren Verlaufe bekamen die Ulcerationen einen speckigen Belag, der sich nach Dermatol löste; die Drüsenanschwellungen nahmen aber zu. Es handelt sich also hier um mehrere Ulcera specifischer Natur extra genitalium. O. möchte hierbei nochmals auf die Wirksamkeit des Dermatols aufmerksam machen.

Herr Palm erwähnt einen Fall seiner Beobachtung, in dem es zur Ausbildung von zwei Sklerosen der Oberlippe kam.

Herr Lilienfeld hat keine Wirkung vom Dermatol gesehen, ebensowenig Herr Lewin, während Herr Rosenthal von dem Wert des Dermatols überzeugt ist.

5. Herr Heller: **Fall von tuberkulöser Mundaffektion.** Die 29jährige Patientin, die vorgestellt wird, sollte sich vor circa 7 Jahren inficiert haben. Jedoch näheres über die Folgen der Infektion ist nicht zu eruieren, doch wurde die an der Mundschleimhaut einige Zeit danach auftretende Affektion für eine syphilitische gehalten. Als die Patientin vor 14 Tagen in seine Behandlung kam, konnte er nirgends eine Spur von Syphilis finden, sondern er konnte nur eine tuberkulöse Affektion des Mundes konstatieren. Anamnestisch ergab sich, dafs eine Schwester phthisisch zu Grunde gegangen ist, ein Bruder an einer Knochentuberkulose leidet, und dafs der Vater tuberkulös war. Es ist nichts, was den Verdacht auf Syphilis halte. Am harten Gaumen bestehen Ulcerationen mit einer strahligen Umgebung, wobei man bei genauer Untersuchung konstatieren kann, dafs diese Strahlen kleine Tuberkelknötchen sind. Auf der Uvula und auf einer Tonsille ist ebenfalls ein Ulcus, ferner besteht Schwellung der Aryknorpel.

Die Untersuchung der Lungen ergiebt rechts Dämpfung an der Spitze und bronchiales Atmen, aber wenig Rasselgeräusche. Im Sputum sind Tuberkelbacillen vorhanden. Im Jahre 1890 ist die Patientin zwar von Cornet mit Tuberkulin, aber ohne Reaktion behandelt worden, und danach mufs die Diagnose auf Tuberkulose der Mundschleimhaut gestellt werden. Dieselbe ist als primäres Leiden sehr selten, auf 2000 tuberkulöse Halsleidende kommt ein Fall von tuberkulöser Mundschleimhaut. Sehr selten ist aber die beginnende Mundschleimhauttuberkulose, ohne dafs bedeutende Tuberkelbacillen ausgeworfen werden. Man kann demnach ein frühes und spätes Stadium der Tuberkulose der Mundschleimhaut annehmen, indem das letztere erst durch Selbstinfektion entsteht. Die Verwechselung mit Syphilis ist sehr wichtig schon wegen der Therapie.

Herr Lewin bemerkt hierzu, dafs Fälle von Syphilis mit Tuberkulose vereint vorkommen, wobei tuberkulöse Geschwüre syphilitisch, und umgekehrt, werden können. In solchen Fällen sind die Tuberkelbacillen sehr schwer nachweisbar. Die von dem Vortragenden erwähnte Anämie der Kehlkopfschleimhaut ist sehr charakteristisch für Tuberkulose.

Herr Isaac: Bei der differentiellen Diagnose mufs man auch an aphthöse Geschwüre des Mundes denken, die ähnlich den tuberkulösen und syphilitischen Geschwüren sind. So erinnere er sich eines Falles, bei dem von Kollegen teils die Diagnose Syphilis, teils Tuberkulose gestellt war, und bei dem nichts weiter vorlag als Aphthen, die dann nach Pinselungen mit Kalium permanganicum heilten.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Juni 1893.

(Originalbericht von Dr. Louis Wickham-Paris.)

Fournier und Gaston stellen einen sehr interessanten Fall von **Hydrargyrose der Haut** vor. Eine junge, etwa 20jährige Frau hatte gegen das Ausfallen der

Haare eine Sublimatlösung von 1 : 1000 angewandt, die mit gleichen Teilen Wasser verdünnt war. Die Anwendung geschah in Form von Kompressen. Da auf 20 g dieser Mischung erst 0,01 Sublimat kam, so konnten, wie man sieht, nur sehr geringe Mengen Quecksilber auf die Haut gelangen — und darin liegt das Eigentümliche dieses Falles. Unter der anhaltenden Einwirkung des Sublimats fing die Kopfhaut an, sich zu röten und zu nässen, und das Gesicht zeigte bald die nämlichen Erscheinungen. Da die Kranke nun auch dieses mit den Kompressen bedeckte, so verallgemeinerte der Ausschlag sich bald, indem sich überall ekzematöse Herde bildeten, die später zu ungeheuren Flächen zusammenflossen. Der Ausschlag bestand während der ganzen Zeit aus einer nässenden Dermitis mit Vesikeln, die bald platzten. Das Ganze gewährt den Anblick eines prächtigen Eccema seborrhoicum der Kopfhaut, des Gesichts, des Halses, der Gelenkfalten und des übrigen Körpers.

H. Hallopeau stellt eine Kranke mit einem umfangreichen **Nagelhorn, Cornu unguale**, vor. Bekanntlich unterscheidet man zwei verschiedene Formen desselben. Bei der einen handelt es sich um eine Volumszunahme des Nagels, der sich verdickt und sich namentlich auch unmäfsig verlängert; es ist das eine Varietas gigantea der Onychogryphosis, der Nagel behält dabei seine normale Form. — Bei einer zweiten Art handelt es sich um ein wirkliches Horn, das in der Masse des Nagels wächst und ihn verdrängt. Bei dem von Hallopeau vorgestellten Fall ist dieses Horn 7 cm lang und hat einen Centimeter Durchmesser.

Hallopeau und Brodier stellen eine Kranke mit **Dermatitis bullosa chronica** vor. Dieser Fall ist wegen der schweren Allgemeinerkrankung, die während recht langer Zeit für das Leben fürchten liefs, bemerkenswert: Das Fieber war anhaltend ein sehr hohes; daneben bestand ein ununterbrochenes Delirium; im Unterhaut-Zellgewebe bildeten sich zahlreiche und umfangreiche Abscesse; an Stelle der Blasen traten Narben, und endlich entwickelte sich auf den Oberextremitäten ein Lichenausschlag. Letzterer Umstand spricht übrigens sehr zu Gunsten der Brocqschen Auffassung, der in der Lichenifikation keine besondere Krankheit, sondern eine Kratzwirkung erblickt.

Darier teilt ein neues Verfahren zur **Heilung der oberflächlichen Epitheliome** mit. Er hat damit in Einem Monat einen schnellen und vollen Erfolg erzielt. Das Verfahren ist folgendes: 1. Die Geschwulst wird innerhalb einer Woche 3—4 Mal mit 5%iger Chromsäure bestrichen. 2. Am Ende dieser ersten Woche erfolgt morgens und abends eine Pinselung mit einer 10%igen Lösung von Methylenblau in Glycerin und Alkohol. 3. Darüber wird in Sublimatlösung (1 : 1000) getränkte Watte gelegt. 4. Später folgt etwas Kleisterverband.

Fournier führt zwei Syphilitiker vor, bei denen in der Umgebung der papulösen Geschwüre des sekundären Stadiums **Hautpigmentation** aufgetreten ist. Bei dem einen Patienten besteht ein richtiges Melanoderma diffusum und gleichzeitig am Halse Hypochromie dicht neben Hyperchromie, wodurch die ganze Veränderung als Vitiligo erscheint. Bei dem andern Patienten handelt es sich um einzelne Pigmentflecke, die in einiger Entfernung rings um die Syphilispapeln sich befinden. Fournier bezeichnet diesen Zustand als Leuko-Melanoderma syphiliticum.

Quinquaud zeigt einen weiteren Fall von **Pemphigus mit Epidermiscysten.** Es handelt sich um eine angeborene Erkrankung, die mit Blasen beginnt. Diese hinterlassen bald mehr, bald weniger deutliche Narben, die gerötet und keratotisch sind und zumeist an den Händen, den Knien und den Ellenbogen sitzen. Die Nägel sind dabei zuweilen an Onychogryphose erkrankt. Aufserdem bestehen Epidermiscysten, dieselben sind torpide und jucken nicht und das Allgemeinbefinden läfst nichts zu wünschen übrig. Zwei derartige Fälle sind, der eine von Vidal, der andere von

Hallopeau, zu den trophischen Erkrankungen gerechnet worden. Auch Besnier hat mehrere solche Fälle beobachtet. — Es ist nun interessant zu untersuchen, ob diese Entzündung zum Pemphigus verus zu rechnen ist oder nicht. Nun hat Quinquaud selber bekanntlich wichtige Entdeckungen in Bezug auf die Giftigkeit des Serums bei den Hautkrankheiten gemacht. Darnach ist diese Giftigkeit beim Pemphigus verus eine besonders starke, während sie bei diesen angeborenen Fällen von Epidermiscysten nur geringgradig vorhanden ist. Aus diesem Verhalten sowohl wie auch aus der klinischen Beobachtung folgert Quinquaud, dafs die in Frage stehende Krankheit nicht zum Pemphigus verus gehört. — Hallopeau pflichtet dieser Ansicht bei; er meint, dafs diese seltenen, hier verhandelten Fälle eine besondere Krankheitsgruppe für sich bilden. — Auch Besnier will diese Fälle von Pemphigus verus trennen, hat aber in Bezug auf die Aufstellung eines besonderen Krankheitstypus einige Bedenken. Er ist dafür, die Frage einstweilen offen zu lassen. Es handelt sich um eine Dermatitis bullosa congenita infantilis mit Epidermiscysten; letztere dürfe man aber nicht als pathognomonisch betrachten, da sie auch bei anderen Formen beobachtet werden könnten.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Wiener medicinischer Klub.

Sitzung vom 12. April 1893.

(*Internat. klin. Rundschau* 1893. No. 17.)

Über die Beziehungen zwischen Hautaffektionen und Erkrankungen des Verdauungstractus, von Dr. Pick. Die Beziehungen des Verdauungstractus zum Hautorgan sind in physiologischer und pathologischer Hinsicht sehr mannigfache. So bedingt Überfüllung des Venensystems der Bauchhöhle Anämie und Blässe der Haut. Durch im Blute kreisende Stoffe werden manche Hautleiden hervorgerufen, so die toxischen Erytheme nach Chinin, Codein, Morphium, Antipyrin, Antifebrin, Kopaivbalsam etc. — Nicht selten sind Erytheme im Anschlufs an Magenaffektionen; so trat in einem Falle fünfmal ein solches, meistens als Scarlatina angesehenes auf, das auf Kreosot schliefslich schwand. — Bei Icterus hat man Purpura, Xanthom, bei Tänien Erytheme, Hautblutungen gesehen. Furunkulose hat Pick bei einer grofsen Zahl von Rekruten, wahrscheinlich als Folge von Fleischkost, beobachtet. Bekannt ist das Auftreten der Urticaria nach manchen Speisen. Früher bezeichnete man es als Idiosynkrasien. Zunächst mufs eine gewisse Disposition der Vasomotoren vorhanden sein, dann können aber auch vielleicht in den Speisen vorhandene Mikroorganismen Gifte bilden, die in der angegebenen Weise wirken. — Stagnieren des Mageninhaltes Gärungen im dilatierten Magen können Ekzem, Urticaria, Akne bewirken; saure Dyspepsie macht Erytheme der Nates bei Kindern. Bouchard fand bei Dilatatio ventriculi unter 100 Fällen 13 Mal Ekzeme. Vortragender kannte einen Patienten, bei dem Urticaria regelmäfsig nach Kartoffeln und eingemachtem Obst auftrat. Durch gleichzeitige Darreichung von Antifermentativis, 0,05 Kreosot, konnte die Hautaffektion anfangs verhütet werden; später mufste die Dosis verstärkt werden, da sonst die Urticaria auftrat. Verfasser erklärt dieses Wiederauftreten dadurch, dafs das Kreosot antifermentativ, nicht-desinficierend wirkt. Es handelt sich übrigens um keine specifische Wirkung des Kreosots; ähnliche Mittel wirken in gleicher Weise, unter anderen auch Ichthyol. Alle diejenigen Processe, welche eine Verlangsamung der Bewegung im Darmkanal bedingen, geben nach Verfasser Gelegenheit zur Bildung eines Giftstoffes, welches Urticaria erzeugt.

Ehrmann bemerkt, dafs die Hebrasche Ansicht, dafs das Ekzem durch lokale Einflüsse entstehe, nicht immer haltbar sei. Viele Ekzeme beruhen auf Nerven-

einfluſs. Das Eccema toxicum Hebras sollte besser Eccema traumaticum heiſsen; an der Analfurche finde man durch Sekrete bewirkte mykotische Ekzeme. Es giebt auch Ekzeme durch Resorption von Toxinen, so bei Obstipation, wo oft gleichzeitig Seborrhoe besteht. Nervöse Ekzeme findet man bei Tabikern. Die Akne hängt von der Blutbeschaffenheit, und diese wiederum vom Verdauungstractus ab. Sicher entsteht die Akne, resp. Komedonen oft nach Käse, welcher viel Fettsäuren enthält. Eine toxische Urticaria ist nicht zu leugnen; Leute, die nach Erdbeeren Urticaria bekommen, acquirieren dieselbe schon durch Riechen der Erdbeeren.

Urticaria bewirkende Toxine erhöhen die Erregbarkeit des Nervensystems, so daſs stets eine Reizbarkeit zurückbleibt, und die Affektion schon durch die Vorstellung ausgelöst wird. Die Einwirkung der Toxine kann stattfinden auf die peripheren Blutgefäſse und die Gefäſse der Nervencentra. E. kennt Fälle, die von Kindheit auf von Urticaria heimgesucht wurden; es sind nervöse Personen, die meistens an Stuhlverstopfung leiden und zuweilen Dermographismus zeigen. Salicylsäure, Abführmittel, Bromnatrium, Belladonna sind oft wirksam. Wo es sich um Gärungen handelt, dürfte das Kreosot zweckmäſsig sein; das Princip Picks, den Darm zu desinficieren, ist jedenfalls richtig. Möglicherweise wirkt auch das Kreosot nicht nur antiseptisch, dafür spricht sein Erfolg beim Singultus nach starken Verbrennungen. — Ullmann und Pins warnen davor, stets eine Autointoxikation bei Urticaria anzunehmen. Ehrmann tritt für die Autointoxikation ein. Wenn jemand bei Eiterretention eine Urticaria hat, und diese nach Entleerung des Eiters schwindet, so kann man nur von einer Autointoxikation sprechen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Geburtshülflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 7. Februar 1893.

Operative Behandlung der Incontinentia urinae, von O. Zuckerkandl. Eine 54jährige Frau litt bei Bettruhe und beim Herumgehen an Harnträufeln, das durch eine Schwäche, einen verminderten Tonus der Muskel bedingt ist, eine Folge der Involution der Genitalien. Das Orificium urethrae klaffte weit und muſste verengert werden. Verfasser verfuhr nach der Angabe Gersunys, indem er die Urethra umschnitt, stumpf bis zur Blase loslöste, dann um 360° drehte und durch Nähte fixierte. Das Resultat war das beste, die Kontinenz eine vollkommene. — Gersuny bemerkt, daſs er den Vorteil der Operation darin sehe, daſs das Ergebnis nicht abhängig sei von der Dehnbarkeit einer Narbe, die ja mit der Zeit nachgeben kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzung vom 3. März 1893.

Einen **Fall mit Lupuscarcinom** stellt Prof. Ph. Pick vor. Die jetzt 47jährige Frau erlitt im 15. Lebensjahre einen Stoſs an die Nase, worauf dauernde Rötung, vorübergehend auch Schwellung, sich einstellte. Im Alter von 20 Jahren entstanden an Nase und Nasenscheidewand, später auch an den Wangen kleine Knötchen, die sich zum Teil zurückbildeten, aber niemals vollständig schwanden. Vor einem Jahr bildete sich ein Tumor an der Oberlippe, der sich nach der Exstirpation als Carcinom erwies. Jetzt ist das Gesicht gerötet, geschwollen, glänzend, gespannt, mit zahlreichen, teils isolierten, teils konfluierten Knötchen bedeckt. Drei papilläre Geschwülste an der Oberlippe, eine gänseeigroſse Geschwulst am linken Unterkieferwinkel. Es handelte sich um Lupus und Carcinom.

Einen Fall von **Herpes Iris** bei einem 6½jährigen Mädchen giebt P. Veranlassung, sich über die Symptome dieses Leidens zu äuſsern. Bemerkenswert ist, daſs

er auf den Schleimhäuten Trübung und Abstofsung des Epithels und gleichzeitig zuweilen katarrhalische Erscheinungen seitens des Darms beobachtet hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

New medical society zu London.

Sitzung vom 22. Februar 1893.

(*Sem. médicale.* 16. Aug. *Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 40.)

Über **idiopathische Gingivitis gangraenosea bei Erwachsenen** spricht Richards, der zwei Fälle in jüngster Zeit beobachtet hat. Im ersten handelt es sich um einen 50jährigen Koch, der zuvor einen 2—3 Wochen anhaltenden Rheumatismus überstanden hatte. Vor 8 Tagen fühlte er plötzlich eine Schwäche, Schmerzen im Munde, profusen Speichelfluſs, Foeter ex ore. Das Zahnfleisch war schwärzlich, von den Zähnen abgelöst; unter demselben lag der entblöſste Knochen. Die Zunge war trocken, schwärzlich, mit dickem Belag, der Puls schnell und schwach; der Patient delirierte. Tod nach 24 Stunden. Jede Vergiftung war auszuschlieſsen. — Der zweite Fall betraf einen 34jährigen Mann, der 3 Wochen vorher eine Tonsillitis gehabt hatte. Vor 4—5 Tagen erkrankte er an einer Mundaffektion. Blasser, schwacher Mann, fötider Atem, an der rechten Hälfte des harten Gaumens eine gangränöse Partie unmittelbar am Alveolarrand, auf den Auſsenrand desselben übergehend. Eine ähnlich aussehende gangränöse Plaque safs jederseits am Unterkiefer neben den Molaren. Tod. Ein ätiologisches Moment war weiter nicht zu ergründen. Der Vortragende bringt das Leiden mit dem vorausgegangenen Rheumatismus, resp. mit der Tonsillitis in Verbindung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Der Raumsinn der Haut, von Sigmund Levy. (Inaug. Dissert. München 1891.) Die von E. H. Weber eingeführte Prüfung des Raumsinns, sein dazu gebrauchter „Tasterzirkel", seine Theorie von den Empfindungskreisen, sie haben heute noch alle ihren vollen Wert. Die klinische Bedeutung der Raumsinnprüfung bei Nervenkrankheiten ist ja bekannt. Verfasser bespricht eingehend die Arbeiten auf diesem Gebiete und die Methodik der Untersuchungen, bei denen auch der Sievekingsche Ästhesiometer Verwendung finden kann. Sodann berichtet er über die Ergebnisse der an dem Krankenmaterial der medizinischen Abteilung des Prof. v. Ziemssen vorgenommenen Raumsinnprüfungen; Patienten mit Sensibilitätsstörungen blieben natürlich ausgeschlossen. Er fand in der Norm folgende Werte:

Fingerspitzen	2—4 mm
Zehenspitzen	6—15 „
Handrücken	15—35 „
Fufsrücken	15—35 „
Vorderarm	20—50 „
Unterschenkel	25—50 „

Die Schwankungen betrugen darnach das 2—2½fache der Raumschwellenwerte. — Eine Differenz bei beiden Geschlechtern war nicht vorhanden. — Anämie und Chlorose haben eine Verfeinerung des Raumsinnes zur Folge.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Hautdrüsen der Amphibien spricht HEIDENHAIN in der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. (Sitzung den 18. Februar 1893.) Die Giftdrüsen in der Haut der Amphibien zeigen direkt an den Epithelzellen mit ihnen organisch verbundene glatte Muskeln, die Verfasser, der mit NICOTYLON zusammen arbeitete, vom Ektoderm ableitet. — Die Drüsenzellen sind enorm grofs, enthalten oft mehrere Kerne; sie füllen die ganze Drüse aus und wandeln sich wie die Zellen der Talgdrüsen in toto in Sekret um. Zu ihrem Ersatz entsteht am Ausführungsgang aus der Muskelhaut ein neues Drüsenbeutelchen mit eignem Lumen, das den Raum der alten Drüse ausfüllt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 12.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mikroskopische Untersuchung über die Kontraktilität der Blutgefäfse, von RANVIER. (Académie des Sciences zu Paris. Sitzung den 16. Januar 1893.) Die zart durchsichtige Membrana perioesophagea des Frosches wurde zu den Studien von RANVIER benutzt. Sie ergaben: Die Kontraktion der Tunica muscularis nach schwachen Induktionsströmen ist keine gleichmäfsige; und zwar kontrahieren sich bei jeder Schliefsung des Stromes stets dieselben Stellen. Peristaltische Bewegungen lassen sich ebensowenig hervorrufen wie Verengerungen der Blutgefäfse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die **Zusammensetzung des menschlichen Schweifses und den relativen Salzgehalt der Körperflüssigkeiten,** von E. HARNACK. (*Fortschr. d. Med.* 1893. No. 3.) Verfasser sammelte den Schweifs eines Rheumatikers, einmal 710, das andere Mal 595 ccm. Der Schweifs ist die allerverdünnteste Flüssigkeit, die der menschliche Körper ausscheidet, er übertrifft in dieser Hinsicht den Humor aqueus und die Thränen; die anorganischen Salze finden sich qualitativ und quantitativ zwar in ziemlich analoger Menge wie in den übrigen Flüssigkeiten, organische Substanzen dagegen unverhältnismäfsig weniger, so dafs der Schweifs die verdünnteste, aber auch relativ salzreichste Körperflüssigkeit darstellt. Er mufs so verdünnt sein, einmal um dem Körper auf diesem Wege energisch Wasser entziehen zu können, und sodann, weil sonst seine festen Bestandteile sich ausscheiden und eine Kruste auf der Körperoberfläche bilden würden, wie man es bei Urämie ja auch beobachtet hat.

F. Hahn-Bremen.

Bemerkungen über den Ursprung der Haare und über Schuppen der Säugetiere, von MAX WEBER. (*Anatomischer Anzeiger.* 1893. No. 12/13.) Über die Phylogenese der Haare bestehen zwei Hypothesen: Die eine nimmt an, dafs Haare, Federn und Schuppen vergleichbare Gebilde seien, und die beiden ersteren aus Schuppen oder schuppenartigen Gebilden sich entwickeln, die ja primitivere Einrichtungen des Integuments sind, welche die unter den Vögeln und Säugetieren stehenden Reptilien charakterisieren. Demgegenüber behauptet MAURER, dafs die Verschiedenheit der Entwickelung der genannten Gebilde nicht genug betont werden kann. Die Anlage der Reptilienschuppe und Feder zeigte eine grofse Übereinstimmung, da es sich bei beiden um Coriumpapillen handelt, über welche die Epidermis unverändert wegzieht. Das Haar aber entsteht als Epithelknospe, wobei das Corium zunächst unbeteiligt ist, wenn auch topographisch dieselbe oft den Coriumpapillen entspricht. Letztere wird niemals zur Haarpapille, entspricht nur den Reptilienschuppen. Die Haarpapille entwickelt sich erst nach der Epithelknospe. Letztere entspricht den Nervenendhügeln bei Fischen und Amphibien. Die Anordnung des Haarkleides ist nach MAURER eine gleiche, wie diejenige der Hautsinnesorgane bei Amphibien, hat nichts mit den Reptilienschuppen zu thun. Demgegenüber und gegen die Arbeiten von ROEMER sucht Verfasser durch eigene Untersuchungen zu beweisen, dafs die Schuppen die Anordnung der Haare bedingen. Die Schuppen gingen verloren, die

Haare behielten die alte Anordnung, die eine regelmäfsig alternierende ist; ob die Haare sich aus kleinen Schuppen oder aus Nervenendhügeln entwickelten, ist fraglich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bakteriologie.

Zur Tuberkelbacillenfärbung, von E. Czaplewski. (Separat-Abdruck aus den *„Arbeiten aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen"*. Bd. I. 1892. Heft 3.) Die von Schill, Neisser, Heim angeregte Färbung auf dem Objektträger hat Verfasser früher bekämpft, jetzt giebt er selbst eine Methode für Tuberkelbacillenfärbung auf dem Objektträger an. Für die Sputumfärbung bedient er sich noch des Fluoresceïn-Methylenblau, die in diesen Blättern auch berichtet ist. Das Gabbetsche Verfahren hält er besonders für die Untersuchung des Harns auf Tuberkelbacillen für ungeeignet, da es durch Färbung der Smegmabacillen vortäuscht. Durch Alkoholzusatz liefse sich das vielleicht vermeiden. Jetzt verfährt er folgendermafsen: Verreiben des Sputum auf dem Objektträger mit Platinspatel; lufttrocken werden lassen; durch die Flamme ziehen; auftropfen von Karbolfuchsin und bis zur Blasenbildung erhitzen; Auftropfenlassen der v. Ebnerschen Entkalkungsflüssigkeit oberhalb der Sputumschicht bei schräge gehaltenem Objektträger; sobald der Grund klar zu werden beginnt, abspülen mit Alkohol; nachfärben mit Methylenblaulösung (1 Teil der koncentrierten alkoholischen Lösung auf 3—4 Teile Wasser) eine Minute lang; abspülen mit Wasser; luftrocken werden lassen; Immersionsöl, das jederzeit durch Xylol entfernt werden kann. Die v. Ebnersche Entkalkungsflüssigkeit ist zusammengesetzt:

Acid. muriat.	
Natr. chlorat.	ää 2,5
Aq. destill.	100,0
Solve et adde	
Alkohol	500,0

Zur Bestimmung der Zahl der Bacillen empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren:

$\frac{6}{1}$ = 6 Bacillen in einem Gesichtsfelde,
$\frac{\infty}{1}$ = unendlich viele Bacillen in einem Gesichtsfelde,
$\frac{1}{5}$ = 1 Bacillus in 5 Gesichtsfeldern,
$\frac{2}{1}$ = 2 Bacillen in einem Präparat,
$\frac{1}{VI}$ = 1 Bacillus in 6 Präparaten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über grünen Eiter und die pathogene Bedeutung des Bacillus pyocyaneus, von Schimmelbusch. (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge.* Neue Folge. No. 62.) Die Grün- und Blaufärbung von Wundverbänden, Priessnitzschen Umschlägen und des Schweifses beruhen auf einem mit Chloroform und Alkohol extrahierbaren Farbstoff, einem Produkt des Bacillus pyocyaneus, der bei saurer Reaktion rot, bei alkalischer blau wird. Gleichzeitig besteht ein süfslich-muffiger Geruch. Der Farbstoff entsteht nur bei Zutritt atmosphärischer Luft. Der Bacillus pyocyaneus ist ein Bewohner des normalen Epithels, besonders in der Rima ani, den Inguinalfalten und der Achselhöhle; aus abgekratzten Hautschüppchen konnte man ihn 7mal unter 15 züchten.

In die Blutbahn als Reinkultur injiciert, tötete er Hunde und Kaninchen schnell, subkutan erzeugt er nur eine progrediente Eiterung. Das Gift haftet an dem Leibe des Bacillus. Die von ihm befallenen Wunden secernieren mehr, überhäuten sich schwer; zudem vereiteln sie oft die Transplantation.

Die gemeldeten Allgemeininfektionen scheinen anfechtbar. Dr. Schäfer in der v. Bergmannschen Klinik hat sich versuchsweise 0,5 einer bei 100° im Dampf sterilisierten Bouillonkultur von Pyocyaneusbacillen in den Vorderarm injiciert, worauf die

Temperatur unter Frösteln im Laufe von 12 Stunden auf 38,8° stieg; es entstand eine etwas schmerzhafte, erysipelatöse Anschwellung ohne folgende Eiterung, eine Rötung der Lymphwege und eine Anschwellung der Drüsen in der Ellenbogenbeuge und der Achselhöhle. BUCHNER berichtet über einen ähnlichen Versuch, der aber fieberlos verlief. Mit grünem Eiter bedeckte Wunden zeigen häufig auf den Granulationen weifse Plaques wie diphtheritische Beläge, die aus Massen von Pyocyaneusbacillen bestehen, die in ein Fibrinnetz eingelagert sind. — Können die Pyocyaneusbacillen auch giftige, lokale und allgemeine Wirkungen entfalten, so fehlt ihnen doch die Eigenschaft eines invasiven pathogenen Organismus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis der pathogenen Eigenschaften des Bacillus pyogenes foetidus, von E. BURCI. (*Rev. gen. ital. di Clin. med.* 1891. No. 1. *Centralbl. f. allg. Pathol. u. patholog. Anatomie.* 1893, No. 1.) In einem interparietalen, phlegmonösen Abscefs der Bauchwand, der im Anschlufs an Blutegelstiche akut entstanden war, fand Verfasser den Bacillus pyogenes foetidus von PASSET. In dem Saugnapfe der Blutegel konnte er denselben Bacillus konstatieren. Der Eiter des Absesses war bräunlichgelb, ziemlich dick und stinkend. Heilung trat nach der Incision in 14 Tagen ein.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Lehre von den Eliminationsbewegungen des Staphylococcus pyogenes aureus aus dem Organismus, von ANNIBALE PRETO. (*Rivista Veneta di scienze mediche.* 1892. No. 3.) Bei Allgemeininfektion des Körpers mit Staphylococcus pyogenes aureus wird derselbe durch Haut und Nieren ausgeschieden; die durch die Nieren ausgeschiedenen haben an ihrer Lebenstähigkeit nichts eingebüfst. Die Anwendung von Diaphorese und Diurese ist therapeutisch sehr wertvoll. Solche Kranken müssen isoliert werden, ihre Wäsche etc. mufs gründlich desinficiert werden, zum Schutz der anderen.
F. Hahn-Bremen.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Historisches und Kritisches über die Lehre von der Entzündung, von ERNST ZIEGLER. (*Beiträge zur patholog. Anat. und allg. Pathologie.* Band XII.) Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man der GRAWITZschen Schlummerzellentheorie, deren gutes nicht neu, deren neues nicht gut zu sein scheint, wenigstens das Verdienst zuschreibt, die Diskussion über die Lehre von der Entzündung wieder wachgerufen zu haben. Es ist von vornherein begreiflich, dafs Ausführungen von ZIEGLER über diese Frage besonders zu begrüfsen sind:

VIRCHOW definiert die Entzündung als eine örtliche Ernährungstörung; ihr Wesen ist in Veränderungen der Gewebsteile zu suchen. Die Schnelligkeit des Verlaufs, der gröfsere Umfang der nutritiven und funktionellen Störungen zeichnet die Entzündung aus, welche sich nur durch Gröfse und Umfang von der einfachen Irritation unterscheidet. Der VIRCHOWschen Auffassung gegenüber legen andere den Nachdruck auf die Störungen der Cirkulation und die Bildung freier Exsudate, so ROKITANSKY, HENLE, STILLING, EISENMANN, BRUECKE. COHNHEIM hielt die cellulare Theorie VIRCHOWs für unhaltbar; molekulare Veränderungen der Gefäfswände sind nach ihm das Wesentliche. Ähnlich spricht sich SAMUEL aus. v. RECKLINGHAUSEN nimmt eine vermittelnde Stellung ein. STRICKER betrachtet makroskopisch die Rötung, mikroskopisch die Veränderungen der Formbestandteile als das Hauptsächliche, nimmt gleichzeitig die Möglichkeit einer Umwandlung der Grundsubstanz des Bindegewebes in Eiterkörperchen an. Im wesentlichen schliefst sich HEITZMANN ihm an. WEIGERTS Darstellung entspricht den COHNHEIMschen Ansichten; die Alteration der Gefäfse ist das primäre, der Vorgang ist ein mehr passiver, nur beim Austritt

der farblosen Blutkörperchen spielt ein aktiver Lebensvorgang mit. Landerer erklärt die Cirkulationstörungen und die Exsudation durch eine Verminderung des Widerstandes, welchen das Gewebe in der Norm der Cirkulation entgegensetzt. Die Grawitzsche Lehre, im ganzen identisch mit der Strickerschen und Heitzmannschen, gipfelt in der Behauptung, dafs die Intercellularsubstanz die Hauptquelle der Eiterung ist, Eiter geschmolzenes Bindegewebe im Sinne der Cellularpathologie darstellt. — Soweit die historische Uebersicht! In dem kritischen Teil definiert Ziegler die Entzündung als eine mit pathologischen Ausschwitzungen aus den Blutgefäfsen verbundene lokale Gewebsdegeneration. Die Cirkulationsstörung ist eine Folge der örtlichen Ernährungsstörung; ob es dazu der Mitwirkung der Nerven bedarf (v. Recklinghausen), ist fraglich. Die pathologische Ausschwitzung von Blutbestandteilen, die Bildung eines von der normalen Gewebsflüssigkeit bestimmt unterscheidenden Exsudats stempelt erst die Cirkulationsstörung zu einer entzündlichen. Letztere, sofern sie entzündlicher Natur, ist charakterisiert durch eine verlangsamte Blutströmung in erweitertem Strombett und den Austritt einer relativ eiweifsreichen Flüssigkeit und farbloser, zuweilen auch roter Blutkörperchen aus den Gefäfsen. Zu der Erklärung dieser Vorgänge mufs man eine Alteration der Gefäfswände in Cohnheimschem Sinne annehmen, trotzdem dieselbe nicht nachweisbar ist, sei es, dafs sie eine direkte Folge der Einwirkung des Entzündungserregers oder eine sekundäre Veränderung darstellt. Für die Zellemigration ist die Annahme der Gefäfswandanomalien entbehrlich, der verlangsamte Blutstrom, die Randständigkeit der Leukocyten erklärt dieselbe genügend (v. Recklinghausen, Binz, Thoma). Der Einfluſs der Nerven auf die Zellemigration ist zum mindesten zweifelhaft. In jüngster Zeit ist noch die Chemotaxis (Chemotropismus) als Ursache der Auswanderung von Zellen herangezogen (Lebers Attraktionstheorie); als begünstigendes Moment ist dieselbe auch anzusehen. — Die Transsudation aus den Gefäfsen ist als Sekretion, nicht als eine Filtration zu definieren. Dafür sprechen auch die Heidenhainschen Versuche über Lymphbildung, in denen es durch chemische Körper — „Lymphagoga“ — gelang, die Lymphbildung in die Höhe zu treiben.

Die entzündliche Exsudation bedenkt also einen pathologischen Zustand der Sekretionszellen der Gefäfswände und ist durch eine Steigerung der Lymphbildung im Blute und eine Änderung in der chemischen Zusammensetzung derselben charakterisiert. — Die Gewebsveränderungen, als Teile der Entzündung, bezeichnet Ziegler als degenerative, während andere gerade die formative Thätigkeit hervorheben. Die Gewebswucherung sieht er als eine Begleiterscheinung an, die zu dem Begriffe „Entzündung“ nicht nötig ist und mehr der Regeneration dient. Die Grawitzschen Ansichten kann Ziegler durchaus nicht billigen und will von den „Schlummerzellen“ nichts wissen.

Der Zieglerschen Ansicht, die die Entzündung als einen regressiven, für das betroffene Gewebe nachteiligen Vorgang auffafst, stehen die Meinungen von Leber und Neumann gegenüber, welche der Entzündung den Charakter des Zweckmäfsigen verleihen; dieselbe soll also der Ausdruck eines Wehrkampfes des Organismus zur Beseitigung von Schädlichkeiten sein. Ziegler widerspricht dieser teleologischen Auffassung, auf die er des näheren eingeht, wobei er natürlich auch auf die Phagocytose zu sprechen kommt, über die er schon 8 Jahre vor Metschnikoffs Arbeiten publiciert hat. Verfasser hält die Phagocytose für eine accidentelle Erscheinung, kann nicht der Auffassung beistimmen, dafs die Entzündung ein Kampf der Phagocyten gegen Krankheitserreger darstelle. — Alle reparatorischen Vorgänge sind von der Entzündung zu trennen. Es ist deshalb das Bestreben nicht zu rechtfertigen, Infektionskrankheiten durch Erregung von Entzündungen heilen zu wollen; dieselben

können ja unter Umständen nützen, aber sie thun es nicht in allen Fällen, können dagegen vielen Schaden stiften. — Dieses ungefähr der Inhalt der lehrreichen Arbeit!

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Möglichkeit des Überganges von gutartigen Tumoren in bösartige, von E. A. Balloch. (*Med. News.* 7. Januar 1893.) Nach einer ziemlich ausführlichen Besprechung der einschlägigen Litteratur kommt Verfasser zu dem Resultat, dafs nach allem, was wir heutzutage über Geschwülste und deren Entstehung wissen, wir keinen Grund haben, die Möglichkeit eines solchen Überganges an und für sich zu leugnen; dafs ferner thatsächliche Beobachtungen (Martin, Schröder, Ehrendörfer, Dowd, Shattock etc.), welche einen derartigen Übergang beweisen, uns vorliegen, wenn auch in geringer Zahl; schliefslich, dafs hauptsächlich die aus dem Mesoblast entstehenden Geschwülste, namentlich die Fibroide des Uterus, einer solchen bösartigen Degeneration anheimfallen können. *Philippi-Nieheim.*

Über Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Kolloid, von Paul Ernst. (*Virchows Archiv.* 130. Bd. 1892.) An Hand einer von van Gieson ursprünglich für das Centralnervensystem angegebenen Färbemethode, die Verfasser früher bei der Untersuchung von Psammomen angewendet und geschildert, prüfte Verfasser die sogenannten hyalinen und kolloiden Substanzen, die eine Reihe verschieden chemisch und vielmehr noch chromochemisch reagierender Stoffe umfassen. Die genannte Färbemethode hat allerdings noch manche Nachteile und ist nicht als exakte Reaktion anzusehen, aber sie genügt, um in vielen Fragen Aufschlufs zu geben. Zunächst untersuchte der Verfasser Schilddrüsen, dann Nieren, Ovarien, Geschwülste. Er trennt scharf Hyalin, Kolloid und Mucin, von denen jedes chromochemisch anders reagiert. Von Hyalinen unterscheidet er hauptsächlich zweierlei Arten, von denen die eine regelmäfsig ein Degenerations- oder Sekretionsprodukt epithelialer Zellen ist (Schilddrüsenkolloid, manche kolloide Nierencylinder, Eierstockkolloid), die andere vom Bindegewebe und Blutgefäfsapparat herstammt. Letztere Art ist so recht die Domäne der genannten Reaktion. Hierher gehören hyaline Degenerationen des interfollikulären Schilddrüsengewebes, das hyaline Gewebe in Geschwülsten. — Der Begriff „Hyaline" mufs weiter eingeschränkt werden, um denselben in richtiger Begrenzung zu erhalten; vom Mucin und Amyloid ist es scharf zu unterscheiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Beziehungen des Keratohyalins zum Hyalin, von Paul Ernst. (*Virchows Archiv.* 130. Bd. 1892.) Bei der Untersuchung der Hyaline mittelst der van Giesonschen, ursprünglich für das Nervensystem angegebenen Methode (mitgeteilt in dem Aufsatze von Ernst, „Über Psammonie", *Zieglers Beiträge.* Bd. XI) kam Verfasser auch zur Prüfung des Keratohyalins. Demnächst giebt er eine Übersicht über die in diesen Blättern stets referierte Litteratur, betreffend das Keratohyalin und Eleidin, bespricht die Arbeiten von Langerhans, Unna, Mertsching, Ranvier, Waldeyer, von Recklinghausen, Blaschko, Liebreich, Buzzi, Zander etc. Die Keratinnatur des Keratohyalins, vornehmlich von Zander verteidigt, wird vor allem durch sein Verhalten gegen Verdauungsorgane widerlegt. Dafs dasselbe kein Fett ist, hat Buzzi gezeigt; es ist unlöslich in Äther, Chloroform, Benzin, zeigt gegen Alcanna und Osmiumsäure ein negatives Verhalten. Es bleibt nur noch zu erwägen, ob die Keratohyalinkörner nicht mit dem Nuklein, den Chromatinbestandteilen verwandt sind. Waldeyer bestreitet es, da die Körner in Alkalien, vornehmlich in kohlensauren Alkalien löslich sind, ebenso Buzzi, ohne weitere Gründe anzugeben. Dafür spricht aber manche Angabe über das Verhalten des Kerns in den Körnchenzellen, die Verfasser citiert. Diese Angaben kommen darauf hinaus, dafs der Kern abnehme parallel mit der Zunahme der Körnchen.

Für den Zusammenhang des Keratohyalins mit dem Kern sprechen sich direkt nur drei Autoren aus: Selhorrt, ohne Angabe von Gründen, d'Urso und Mertsching. Letzterer tritt energisch für den Zusammenhang ein, da das Keratohyalin sich um den Kern lagert; dieser zerbröckelt; mit dem übrigen Zellinhalt hat dasselbe nichts zu thun. Ähnlich denkt Posner. — Verfasser untersuchte nun Präparate eines zottigen, papillären Epithelioms mit ausgedehnten Verhornungen und konnte zunächst durch Färbungen das Keratohyalin sicher vom Hyalin abgrenzen. Dagegen sprach vieles dafür, dafs die Keratohyalinkörnchen zersprengte Chromatinteilchen sind.

Die Kerne um die Körnchenschicht, relativ reich an Chromatin, sind in der Körnerschicht selbst chromatinarm; die Menge der intranukleären Chromatinsubstanz und die der Körner steht regelmäfsig in einem umgekehrten Verhältnis. Die schon gebildeten Keratinmassen entstehen aus dem Protoplasma der Zellen unabhängig vom Kern. Die Keratohyalinbildung ist eine Begleiterscheinung der Verhornung, aber diese geht nicht aus dem Keratohyalin hervor, denn beide Substanzen finden sich an verschiedenen Stellen innerhalb der Zellen (Unna).

Das Horngewebe geht aus dem Protoplasma, das Keratohyalin aus dem Kern hervor; die Zersplitterung des Kerns tritt früher auf als die Hornbildung. — Zwei Gründe stehen diesen Behauptungen entgegen: Erstens ist die Masse des Keratohyalins weit beträchtlicher, als das Volumen des Kernes. Diesem Einwand begegnet Posner durch die Annahme, dafs der Kernsaft bei seinem Austreten im Protoplasma Gerinnungsprodukte erzeugt. Oder warum sollte nicht die Chromatinsubstanz vor dem Untergange des Kerns sich vermehren? — Der zweite Einwand ergiebt sich daraus, dafs z. B. in Präparaten normaler Fingerhaut das Verschwinden des Kerns nicht an das Auftreten des Keratohyalins gebunden ist. Dieser Einwand ist ein sehr gewichtiger und schwer zu widerlegen. Die eben erwähnte Posnersche Ansicht mufs da helfen. Es wären dann zwei verwandte Substanzen unter den Körnern zu unterscheiden, das Chromatin aus dem Kern und die Gerinnungsprodukte des Protoplasmas. Mag dieser Punkt noch unklar und damit die Herkunft des Keratohyalins aus dem Kernchromatin noch nicht sicher bewiesen sein, so ist nach Verfasser das wenigstens sicher, dafs das Keratohyalin weder Keratin noch Hyalin ist, und also seinen Namen mit Unrecht führt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hämatologische Mitteilungen, von Felsenthal. (*Archiv f. Kinderheilkunde.* Bd. XVI.) Verfasser untersuchte das Blut kranker Kinder mittelst der Ehrlichschen Trockenmethode, bestimmte die Kernteilungsfiguren nach den Angaben von Müller und zählte die Blutkörperchen mit dem Thoma-Zeissschen Apparate. Bei Scharlach bestand Leukocytose, solange Fieber, Angina und Exanthem vorhanden waren. Das Exanthem war mit einer Anhäufung der eosinophilen Zellen verbunden. Bei Masern dagegen war eher in einigen Fällen eine Verminderung der Leukocyten vorhanden; die eosinophilen Zellen betrugen nur 1%. Verfasser führt die Leukocytose auf eine Vermehrung der Leukocyten im Blute selbst zurück; dafür spricht die grofse Zahl der Teilungsfiguren.

Auf die weiteren Angaben über Blutbefunde bei Anaemia pseudoleucaemica und Rhachitis sei hier nur hingewiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den anatomischen Bau einiger Granulationsgeschwülste der Haut, von Louis Philippson. (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 1893. No. 8.) Verfasser stellte sich die Aufgabe, zu prüfen, ob nicht der Infektionsmodus auf die histologische Struktur von Einfluss ist, ob letztere speciell bei den granulierenden Entzündungen der Haut verschieden ist, je nachdem das Virus von aufsen oder von innen seine Wirkung entfaltet. Er ging von der Syphilis aus, bei der die Sklerose durch direkte

Infektion von aufsen, Roseola und Papeln durch Infektion auf dem Blutwege entstehen. Bei der Roseola bewirkt das Virus eine Leukocytenansammlung um die Gefäfse, und zwar der tieferen, wie der oberflächlichen. Ähnlich liegt es bei der Papel, die man als „dendritisch" gebaut bezeichnen kann, während der Primäraffekt mehr oberflächlich und in einem abgegrenzten Gefäfsbezirk Veränderungen hervorruft, mehr „koncentrisch" gebaut ist. Verfasser verfolgt dann die Frage weiter an der Lepra. Hier sind es die akut entstehenden erythematösen Flecke, die den dendritischen Bau zeigen, indem Rundzellen und veränderte Bindegewebszellen den Gefäfsbaum umgeben. Diese Flecke, wie die aus ihnen hervorgehenden Knoten entstehen durch Infektion auf dem Blutwege, während andere Knoten koncentrisch gebaut sind, was auf eine Infektion von aufsen oder durch die Lymphwege deutet. Ähnliches sucht Verfasser für die Tuberculosis verrucosa cutis und den Lupus zu beweisen. Die äufsere Infektion führt zu oberflächlich sitzenden Tuberkelknötchen, Lupusknoten, welche bei der Tuberculosis cutis verrucosa durch Epithelwucherung verdeckt werden. Die innere Infektion ruft tiefer gelegene, mit dem Ausgangsherd histologisch verbundene Knoten hervor. Verfasser resumiert:

I. Durch Infektion von aufsen entstehen:
1. die syphilitische Sklerose,
2. gewisse Lepraknoten (?),
3. ein Teil der typischen Lupusknötchen.

Alle diese Bildungen sitzen oberflächlich, sind scharf von der Umgebung abgegrenzt, mehr oder weniger kugelförmig; die tieferen Cutisschichten werden später befallen; sie wachsen radiär, sind koncentrisch gebaut.

II. Durch Infektion auf dem Blutwege entstehen:
1. (Roseola), syphilitische Papeln,
2. akut auftretende, erythematöse Flecken und Papeln der Lepra,
3. Efflorescenzen der Miliärtuberkulose (?).

Diese Bildungen ergreifen von Beginn an alle Cutisschichten, schmiegen sich den Blutgefäfsverzweigungen an, sind dendritisch gebaut.

III. Durch Infektion auf dem Lymphwege entstehen:
1. — — — — — — — —,
2. gewisse Lepraknoten (?),
3. der miliäre Lupus.

Der Bau dieser Bildungen ist unregelmäfsiger; man kann ihn als plexiform bezeichnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wiederanheilung vollkommen vom Körper getrennter, das ganze Unterhautzell- und Fettgewebe enthaltender Hautstücke an anderen Körperstellen. Vortrag von M. Hirschberg. 22. Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie [12. bis 15. April 1893]. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 37.) Dafs vollkommen vom Mutterboden abgelöste Hautlappen zur Plastik keine Verwendung finden, trotzdem oft die Wiederanheilung von zufällig abgetrennten Teilen oder Hautstücken beobachtet ist, liegt daran, dafs man die Bedingungen der Heilungsvorgänge in diesen Fällen nicht genügend studiert hat. Vor allem ist an den Mifserfolgen die verspätete Einfügung des getrennten Lappens in die Defekte schuld. Sehr wichtig ist der reichliche Blutgehalt im Lappen; je weniger bluthaltig er ist, desto eher verliert er die Fähigkeit, sich mit Wundflächen zu verbinden, und desto eher fällt er der Fäulnis anheim. Die alten Indier haben die Gesäfshaut, welche sie zur Nasenbildung verwendeten, vorher so lange geklopft, bis sie gerötet und geschwollen war. In der Verwendung von Hautstücken mit reichem Gefäfsnetz oder der künstlichen Hyperämisierung liegt das Geheimnis der Anheilung. In vier Fällen hat der Vor-

tragende Lappen zur Deckung von Defekten am Gesicht und Schädel benutzt; die Lappen entnahm er dem Arme, nachdem er die betreffende Stelle durch Peitschen mit einem Gummischlauch hyperämisiert hatte. Der Lappen wurde an drei Seiten umschnitten und von der Fascie abgelöst, dann wurde der angelegte Schnürschlauch abgenommen. Nach Blutstillung am Defekt wurde der Lappen abgetrennt und an der zu deckenden Stelle durch Nähte fixiert. Protektiv, Mullkompresse, Kompressivverband. In den ersten 4—6 Tagen sieht der Lappen lebensfrisch aus, dann verfärbt er sich bläulich, und in 10—14 Tagen stößt sich eine dünne Schicht nekrotischen Gewebes ab, eine mattrote, granulierende Cutisschicht bleibt zurück, die sich schnell überhäutet. Der Lappen verkleinert sich erheblich, seine Oberfläche sieht schließlich normal aus oder etwas narbig, wie bei Verbrennungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Noch einmal: „Innere Antisepsis", von Vopelius. [Schluß.] (*Der ärztl. Prakt.* 1893. No. 19.) Ein beneidenswerter Arzt! Mit drei Mitteln: Lysol, Creolin, Creosot, heilt er alles! Was soll man sagen zu seinen mit so großer Begeisterung von ihm gepriesenen Erfolgen? Es klingt fast so, als ob man ihn gar nicht ernst nehmen sollte. Creolin ist als inneres Mittel der Beherrscher der Krankheiten des Gefäßsystems. Creolin heilt, intern (6,0—8,0 prodie) genommen, jedes Unterschenkelgeschwür ohne örtliche Behandlung, ebenso jede Phlebitis. Creolin, innerlich gebraucht, heilt alle Septikämien unfehlbar, auch die schwersten Fälle. 17 Fälle von Sepsis hat Verfasser so in einem Jahre geheilt. Wo mag Verfasser nur die große Menge Sepsis in der antiseptischen Ära hernehmen? Zwei Puerperalfieber, die bis zum puerperalen Scharlach vorgeschritten waren (das ist oft gar nicht weit. D. Ref.), sind genesen. Zwei Fälle von Peritonitis mit eiterigem Erguß in die Bauchhöhle, die seit einem Jahre bestanden (sic!), waren durch inneren Gebrauch von Creolin in 4—5 Monaten genesen. 42 Fälle von Bleichsucht hat Creolin im letzten Jahre beseitigt. Ebenso ist das Creolin bei den eiterigen Formen der Skrophulosis eine Panacee unseres Arzneischatzes. Creolin ist das beste Sterilisationsmittel für die Milch der Säuglinge; jeder Portion wird ein Tropfen Creolin zugesetzt, die Flaschen werden mit Creolinwasser gespült. (Arme Kinder! D. Ref.) — Kreosot ist ein Specificum gegen Tuberkulose; Verfasser giebt nicht mehr als 12—15 g Kreosot pro die. Gleichzeitig heilt es jede Bronchitis, selbst in Fällen, wo beide Lungen mit Eiter gefüllt waren (?? D. Ref.), auch beseitigt es jede akute Magenerkrankung und ist vor allem in Gesellschaft von Jodkalium ein Specificum gegen alle Erkrankungen des interstitiellen Gewebes, einschließlich der Knochen. Besonders auf dem Gebiete der Gynäkologie, auf dem Verfasser sich schmeichelt, Specialist zu sein, thut Kreosot Wunder. — Für die Dosis der genannten Mittel giebt es noch obendrein keine Grenze!

(Man wird wohl über die Publikationen des Verfassers keine Kritik erwarten; die Wunder, die er leistet, entziehen sich der Erkenntnis derjenigen, die den naturwissenschaftlichen Boden nicht verlassen wollen. Sicher wird selbst in dieser Arbeit ein Körnchen Gutes verborgen sein, aber es wird schwer werden, dasselbe herauszufinden. Die wissenschaftlichen Ergüsse sind nicht derart, daß sie zur Nachahmung seines Verfahrens auffordern. Daß man aber den armen Säuglingen ihr Fläschchen durch Creolinspülungen und Creolinzusätze verbittert, das ist doch das Non plus ultra unnützer und geradezu schädlicher Vielthuerei. Hoffentlich werden die Mütter so vernünftig sein, solche Maßnahmen zu unterlassen. Für Alkoholisten wäre ein solcher Zusatz eher am Orte; wenn dieser ihnen nicht den Alkohol verleidet, dann sind sie wohl nicht von ihrem Leiden zu heilen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Desinfektion von Wunden spricht Schimmelbusch auf dem 22. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie [12. bis 15. April 1893]. (*Deutsche Med.-Ztg.*

1893. No. 34.) Die Untersuchung der Desinfektionsmittel ist bisher stets an toten Substanzen, Bouillonkultur, Seidenfäden etc. vorgenommen worden, jedoch ist es sehr zweifelhaft, ob die Ergebnisse so ohne weiteres auf die Verhältnisse bei lebenden Menschen übertragen werden können. Verfasser hat seine Versuche an Tieren ausgeführt, indem er bei ihnen eine Wunde anlegte, in diese Infektionsstoffe hineinbrachte und beobachtete, ob er deren Wirkung durch sofort angewendete Desinfektionsmittel aufheben kann. Er benutzte bei Mäusen Milzbrand und bei Kaninchen eine ihnen sehr verderbliche Streptokokkenart. Alle Versuche fielen negativ aus, durch kein Mittel liefsen sich die Folgen der in die Wunde gebrachten Infektionsstoffe paralysieren, die Tiere gingen sämtlich zu Grunde. Das wird am besten dadurch erklärt, dafs die Infektionsträger so schnell in die Gewebe eindringen, dafs die Desinfektionsversuche sie nicht mehr erreichen. Eine Reihe von anderen gemachte Experimente beweisen, dafs die Keime mit denkbar gröfster Geschwindigkeit in die Interstitien hineingelangen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hautpflege, von Edmund Saalfeld. (*Fortschritte der Krankenpflege.* 1893. No. 5.) Die allgemeinen Ausführungen des Verfassers knüpfen an die drei Faktoren an, welche die normale Hautbeschaffenheit bedingen: die Schweifssekretion, die Talgsekretion und die Horndecke. Je nach dem Zustande dieser Faktoren wird das Verfahren zur Erhaltung der normalen Haut ein wechselndes, individuell verschiedenes sein müssen. Die Pflege der Gesichtshaut verlangt ein Fernhalten von chemischen, thermischen und mechanischen Schädlichkeiten. Bei übermäfsiger Fettproduktion ist Seife, besonders alkalische grüne Seife, und heifses Wasser nützlich. Bei Fettmangel, spröder, rauher, rissiger Haut ist Seife eher schädlich und durch Mandelkleie zu ersetzen, das Frottieren zu vermeiden, warmes Wasser mit Zusatz von Glycerin (1—2 Efslöffel) zweckmäfsig. Bei starker Sprödigkeit mufs das Wasser ganz ausgesetzt und statt dessen Öl genommen werden. Lanolincreme ist bei fettarmer Haut stets von Nutzen. — Zum Schutz gegen thermische Schädlichkeiten sind im Sommer einfache vegetabilische Puder, im Winter Fettpuder vorteilhaft. Schaden bringt die Anwendung von Puder und Schminken bei abnormer Fettproduktion (Komedonen, Akne). — Die Haut des Kindes mufs vor groben Insulten geschützt werden, das übermäfsige Frottieren nach dem Bade ist zu vermeiden. Das Abtrocknen besorgen am besten baumwollene Frottierhandtücher. — Zum Schlusse ermahnt Verfasser alle, welche nicht regelmäfsig baden, wenigstens häufig Wäsche zu wechseln gemäfs dem Satze Pettenkofers, dafs wir statt unseres Körpers unsere Wäsche ins Bad schicken sollen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wodurch wirken Badekuren? (nach einem in der Medicinischen Gesellschaft und Poliklinik zu Nürnberg gehaltenen Vortrag), von Leonhard Goebl. (*Ärztl. Rundschau.* 1892. No. 44.) Die viel geprüfte specifische Wirkung vieler Badekuren findet in diesem Vortrage eine strenge, aber nicht unverdiente Kritik. Die Erfolge sind nicht der Specificität der Bäder zuzuschreiben, sondern den günstigen, klimatischen Verhältnissen, der Konsequenz, mit der etwaige Diätvorschriften etc. durchgeführt werden, dem regelmäfsigen Leben, dem Fernbleiben von allen Erregungen und den vielseitigen Erfahrungen der Badeärzte in den Erkrankungen, in denen die sogenannte „Specificität" der betreffenden Bäder zur Geltung kommen soll. Die reinen Badekuren könnten vielleicht bei Hautanomalien eine specifische Wirkung am ehesten ausüben, aber auch da kommt die Reiz- und Beruhigungswirkung, die Anwendungsform wohl in erster Reihe, die im Wasser enthaltenen Stoffe spielen wohl eine nebensächliche Rolle. Mit grofsem Glück exemplificiert der Verfasser dann auf die Verhältnisse in Tölz. Es ist ja bekannt, welcher Schwindel da, um die versiegenden Quellen ergiebiger zu machen, in Scene gesetzt wurde, wie die Verdünnung der

Wirkung keinen Abbruch gethan. Lehrreich ist auch der von Paschkis geführte Nachweis, dafs die Krankenheiler Jod- und Jodsoda-Seifen keine Spur von Jod enthalten. Interessant ist, dafs eine Krankenheiler Sole da ist, ohne dafs am Orte eine Quelle vorhanden wäre, aus der man Sole gewinnen könnte. — Raubt der Vortragende auch die Illusion einer specifischen Wirkung, so leugnet er doch nicht den guten Einfluſs von Badekuren, nur sucht er andere Faktoren dafür verantwortlich zu machen. — Die Ausführungen sind als Beitrag zur Abgrenzung der Wissenschaft vom Schwindel sehr willkommen zu heifsen, mögen sie auch vielleicht etwas zu weit gehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pharmakologie.

Beitrag zum chemischen Verhalten des Jodoforms, von Generalarzt a. D. Müller. (*Centralbl. f. Chirurgie.* 1893. No. 14.) Stubenrauch hat über das Freiwerden von Jod aus den Mischungen von Jodoform und Glycerin oder Mucilago gummi arabici im Sterilisator berichtet. Verfasser berichtet über seine Versuche mit Jodoform in Glycerin, Mucilago gummi arabici, verdünnter Gelatine und 1% Amylumlösungen, die aber im Reagenzglase ausgeführt wurden. Der Jodnachweis wurde durch Acidum nitricum fumans und Chloroform geführt. Beim Sieden ging Jod in das Menstrum über, die Blaufärbung des Amylum trat aber erst nach Zusatz der rauchenden Salpetersäure ein. Das Sieden allein macht aus dem Jodoform das Jod nicht frei, dazu gehören noch die genannten Zusätze. Versuche mit entsprechenden Jodmischungen lehrten, dafs beim Sieden lösliche Jodverbindungen entstehen, die Jodfarbe schwindet; dasselbe geschieht auch bei Anwesenheit von Eiweifs. Durch Acidum nitricum fumans und Aqua chlorata werden diese Verbindungen wieder zersetzt. — Dasselbe geschieht durch diese Stoffe mit dem Jodoform, welches ja bekanntlich auch durch Sonnenlicht zersetzt wird.

Dieses Freiwerden von Jod aus dem Jodoform geschieht aber nicht im Körper; vielmehr ist die therapeutische wie die Giftwirkung eine specifische Jodoformwirkung. Ein Versuch mit Hühnereiweifs lehrte Verfasser die Löslichkeit des Jodoforms im Körper verstehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Aristol, von Hans Heckel. (Dissert. Würzburg 1890.) Verfasser giebt zunächst die chemische Zusammensetzung, die Reaktion des Aristols an, berichtet an der Hand der diesbezüglichen Litteratur über die Anwendungsweise und den Gebrauch des Mittels bei den verschiedensten Affektionen und beschreibt 60 Fälle, welche in der medizinischen Universitäts-Poliklinik von Prof. Matterstock mit Aristol behandelt worden sind.

C. Berliner-Aachen.

Studie über das Losophan, von F. Descottes. (*Thèse.* Paris 1893.) Verfasser hat das von Saalfeld (vide Ref. *in dieser Zeitschr.* Bd. XVI. No. 6) in die Therapie eingeführte Losophan bei verschiedenen Affektionen versucht und kommt zu folgenden Schlüssen:

Auch in viel höheren Koncentrationen als von Saalfeld appliciert, wirkte das Präparat niemals irritierend.

Bei Ulcus cruris wirkte es eben so günstig wie alle anderen bisherigen Topica.

Beim harten Schanker führte es ziemlich rasch zur Vernarbung.

Als eine sehr günstige mufs seine Wirkung beim Ulcus molle bezeichnet werden.

Bedeutende Besserung zumal des Pruritus erzielte Verfasser bei Folliculitis, Ekzem, Lichen simplex, Prurigo.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien (Sitzung vom 12. Mai 1893) spricht Max Gruber über: **Die Kresole in ihrer Anwendung als Antiseptica.** Die Kresole, Hydrooxylverbindungen des Toluols mit der Formel $C_6H_4\begin{matrix}CH_3\\OH\end{matrix}$ können als Ortho-, Meta- und Parakresol vorhanden sein, je nach der Stellung des CH_3. Man gewinnt sie, wenn auch nicht ganz rein, aus dem Teer. Mit Phenol zu gleichen Teilen gemischt, giebt das Kresol Kreosot. — Den Bedürfnissen der Antiseptik genügen die Kreosole in vorzüglicher Weise, wenn sie auch Milzbrandsporen ebensowenig abtöten, wie 5%ige Karbolsäure oder 1%oiges Sublimat. Die Anforderung Kochs an ein Antisepticum, dafs es Milzbrandsporen tötet, ist auch eine viel zu rigorose. — Um Kresole löslich zu machen, kann man sie mit Schwefelsäure mischen, erhält aber eine stark ätzende, daher nur für Fäkalien benutzbare Flüssigkeit. Eine Mischung von Kresol mit Kaliseife stellt das Lysol dar, das sehr brauchbar und wenig giftig ist. Solutol entsteht durch Zusatz von Natronlauge zu Kresol; dasselbe ist billig, ätzt aber in koncentriertem Zustande sehr und oxydiert an der Luft. Saprol ist eine Mischung von roter Karbolsäure mit Steinöl, enthält 50% Kresol, ist leichter als Wasser und nur für Fäkalien brauchbar. Solveol, eine Auflösung von Kresol in kreosotsaurem Natron, hat den Vorteil, in jedem Verhältnis, auch in Brunnenwasser, klare Lösungen zu geben, was die Kreosolseifenmischungen natürlich nicht thun. — Verfasser empfiehlt als besonders brauchbar ein aus Steinöl und Kresol hergestelltes Präparat, das sich zu 2,2—2,3% in Wasser löst, in 1%iger Lösung aber schon vollkommen genügend wirksam ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine kleine chemische Beobachtung, von G. Vulpius. (*Pharmac. Centralhalle für Deutschland.* 1893. No. 17.) Schichtet man 20,0 Olivenöl über 10,0 wässerige Kalilösung (1 : 3) mit 25,0 Weingeist, dann kann man durch wiederholtes Schütteln eine schnelle Verseifung erzielen. Interessant aber ist es, dafs erstens, auch ohne zu schütteln bis zu einer gewissen Grenze eine Verseifung allmählich statthat, zweitens das Olivenöl nur durch die Berührung, ohne dafs geschüttelt ist, in einen Zustand versetzt wird, der es einer fast momentanen Verseifung zugänglich macht. Denn läfst man die übereinandergeschichteten Flüssigkeiten tagelang ruhig stehen, dann kann man später durch momentanes Schütteln die gesamte Menge Öl auf einmal verseifen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche über die antibakterielle Wirkung des Oxychinaseptols (Diaphtherin), von F. Rohrer. (*Centralbl. f. Bakteriol. und Parasitenkunde.* 1893. No. 17.) Die andauernd günstigen Erfolge des Verfassers mit der Anwendung des Diaphtherins bei Ohren- und Nasenleiden veranlafsten ihn zu einer bakteriologischen Prüfung des Mittels. 0,05—1%ige Lösungen wurden zu Bouillonröhrchen (1—4 Tropfen) zugesetzt, die dann mit Staphylococcus pyogenes aureus, Milzbrand, Ohreiter geimpft wurden. Das Resultat ist, dafs Oxychinaseptol eine hervorragend entwickelungshemmende Einwirkung auf Reinkulturen und Mischkulturen von Eiterbakterien und Milzbrandbacillen ausübt. Bei Zusatz von 2—4 Tropfen einer 1%igen Lösung zu 9—12 ccm Bouillon wurde die Entwickelung des Staphylococcus aureus gehemmt für die Mischkulturen waren 4 Tropfen derselben Lösung auf 12 ccm Bouillon, für Milzbrandbacillen 1—4 Tropfen der 0,5—1%igen Lösung zur Entwickelungshemmung nötig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Traumatische Entzündungen.

Reizung durch die lokale Anwendung von Jodoform, von J. A. Cantrell. (*Med. News.* 7. Januar 1893.) Mitteilung von zwei Fällen, bei denen Jodoform

wegen relativ geringfügiger Affektionen am Unterschenkel angewandt worden war und intensive erysipelartige, schmerzhafte Entzündung der Haut hervorrief. Heilung unter geeigneter Behandlung, namentlich Ichthyol. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Dermatitis medicamentosa nach Jodoform, Jodkalium und Aristol, von G. D. Holsten. (*Med. News.* 4. März 1893.) Ein 32jähriger Mann war wegen einer Exkoriation am Ellenbogen mit einem Jodoformgazeverband behandelt worden, den er entgegen ärztlicher Vorschrift mehrere Tage liegen liefs. Wegen dadurch entstandener Schmerzen und Anschwellung erhielt er von einem zweiten Arzte Jodkalium, Zinksalbe und noch eine Medicin. Drei Tage später kam Patient in H.'s Behandlung mit einer intensiven Schwellung des ganzen linken Armes bis zu den Fingerspitzen, den Überresten einer zehn Zoll grofsen, eiterhaltigen Blase nebst einer grofsen Anzahl kleiner Papeln und Vesikel an beiden Händen, sowie einem ausgedehnten Erythem der linken Seite des Thorax. Aristol hatte einen ungünstigen Einfluſs, aber Borsäurelösung und Ichthyolsalbe wirkten günstig.

Philippi-Nieheim.

Über Arsenikdermatosen, von C. Rasch. (*Bibl. for Læger.* 1892.) Verfasser hat zwei Fälle davon beobachtet. Erster Fall, langwierige Arsenikbehandlung, zeigte universelle, rote, Pityriasis rubra gleichende Dermatitis, hämorrhagisch-nekrotischen Zoster, universelle Eruption von ecchymatösen Pusteln, die in scharfgerundete Ulcerationen sich umwandelten und mit pigmentierten Narben ihren Abschluſs fanden, Keratosis duplex palmarum, nervöse und gastrische Symptome von chronischer Arsenikose.

Der zweite Fall zeigte akute, bullöse, universelle Dermatitis (akuten Pemphigus) nach der Anwendung von Solutio Fowleri bei einem Phthisiskranken während zweier Tage. Verfasser zeigt dann, daſs in der Litteratur folgende Dermatosen nach Arsenikgebrauch beobachtet worden sind: Pigmentierungen, erythematöse Eruptionen und Desquamationen, Urticaria nebst Ödemen der Haut und der subkutanen Bindegewebe, vesikulöse Eruptionen (Zoster), bullöse, papulöse, pustulöse Eruptionen, Furunkel und Ulcerationen, Purpura, Ausfall von Haar und Nägeln, Keratosen. Er mahnt zur Vorsicht, wo es sich um alte, geschwächte Individuen, Arthritiker, Alkoholisten und Nieren- oder Magenkranke handelt. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Keratoderma plantare et palmare infolge von Arsenikgebrauch, von Cäsar Boeck. (*Foerhandl. i det. Norsk Med. Sellsk.* 1892. pag. 190. *Med. chirurg. Rundsch.* 1893. No. 9.) Zu den Nebenwirkungen des Arseniks gehören die schwieligen Verdickungen in Fuſssohle und Hohlhand. Verfasser hat zwei Fälle gesehen. Neben einer diffusen Hyperkeratose bestehen eine Menge nadelkopf- bis hanfkorngroſser, harter, warzenähnlicher Efflorescenzen, die sich auch auf die Dorsalflächen der Finger ausdehnen. Das Bild in der Handfläche hat viel Ähnlichkeit mit der lokalen Ichthyosis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die diabetischen Ausschlagsformen an den männlichen Geschlechtsteilen, von A. Fournier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 110.) Im Beginn eines Diabetes kommt es an der Eichel und Vorhaut sehr häufig zu Ausschlagsformen erythematöser, herpetischer oder ekzematöser Form, die eine fortschreitende, von Fournier eingehend beschriebene Phimosis zur Folge haben können. Eine Operation ist in solchen Fällen immer sehr bedenklich, da sie leicht Gangrän und Tod herbeiführen kann. F. empfiehlt Bäder und Ausspritzungen. — Trifft man bei älteren Herren auf eine Phimosis oder Ausschlag des Penis, so soll man immer sofort auf Diabetes untersuchen. *Türkheim-Hamburg.*

Neurotische Entzündungen.

Prurigo der Kinder und ihre Behandlung, von E. E. Iwanow. (*Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoi i praktitscheskoj mediziny.* Juli 1892. — *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. 9.) Verfasser verabreicht den Kindern fette Kost; als solche hält er ein Gemisch von 1 Eſslöffel geschmolzenem Schweinefett und 1 Glas Milch besonders geeignet (!); aufserdem können die Kinder noch Leberthran erhalten. Örtlich wird nach einem aromatischen Bade mit rad. Calami etc. ohne Seifenbenutzung (statt dessen Benutzung von Eigelb) eine 3—5% Lösung von Karbol oder 5—10% Lösung von Eisessig in Wasser oder Glycerin eingerieben. Die wässerigen Lösungen sind bei vernachlässigten Fällen und starkem Juckreiz am Platze, da sie schneller wirken. Nach Beseitigung des Juckens sind Glycerineinreibungen zweimal täglich durch Monate fortzusetzen, da dem Glycerin eine gradezu spezifische Wirkung gegen Prurigo vom Verfasser zugeschrieben wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatitis herpetiformis Duhring — Schuppenausschlag im Gesicht, von W. Dubreuilh. (*Archives cliniques de Bordeaux.* 1893. No. 2.) — Bei einer 40jährigen Dame zeigte sich auf Gesicht und Kopf ein grofser schuppender Ausschlag, der einem Pemphigus foliaceus sehr ähnlich sah, während gleichzeitig auf dem übrigen Körper die Phasen der Dermatitis herpetiformis Duhring sich abspielten. Verschiedene Topica waren von nur vorübergehendem Erfolg. Verfasser erinnert bei dieser Gelegenheit an die in der Société de Dermatologie unlängst stattgefundene Diskussion über die Beziehungen der Dermatitis herpetiformis Duhring zum Pemphigus foliaceus, wobei Brocq einschlägige Fälle mitteilte; über die Natur des Gesichtsausschlags bei seiner Patientin wagt er sich jedoch nicht mit Sicherheit auszusprechen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beitrag zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege, von O. Chiari. (*Wien. klin. Woch.* 1893. No. 20.) Verfasser schildert einen von ihm beobachteten Fall von isoliertem Pemphigus bei einem 63jährigen Kutscher, den er drei Jahre beobachtete. Nach einer genauen Wiedergabe der diesbezüglichen Litteratur zeichnet Verfasser das Krankheitsbild des Schleimhautpemphigus in folgender Weise: Die ersten Efflorescenzen können entweder als Blasen oder als Epithelverdickungen und Trübungen auftreten, je nach dem Grade der Exsudation. Blasen, die natürlich nur kurze Zeit bestehen, sind zweifellos konstatiert worden, und zwar nicht nur im Munde und Rachen, sondern selbst im Kehlkopf. Wo die Exsudation langsam vor sich geht, ist sie spärlich, dann entsteht eine Erhebung und Trübung; gerinnt das Exsudat, dann hat man eine weifs-graue Auflagerung, ähnlich den diphtheritischen Membranen. Blasen und Auflagerungen können spurlos ohne Narbenbildung heilen. Die Schleimhaut der Umgebung ist normal oder hyperämisch und aufgelockert. Selten begleitet Fieber die Eruptionen; meistens stört nur Speichelfluſs und Schmerzhaftigkeit das Wohlbefinden. Selten ist es mit wenigen Schüben abgethan, meistens folgen zahlreiche einander; je schneller die Nachschübe sich folgen, je ausgiebiger sie sind, desto bedenklicher ist die Sache. — Die Membranen, die mit oder ohne vorausgegangene Blasenbildung entstehen, bleiben oft lange, haften fest, konfluieren zu grofsen Schleimhautüberzügen. An den Lippen bilden sich oft Krusten, in den Mundwinkeln Rhagaden. Foetor ex ore ist häufig. Bei ausgedehnter Affektion ist natürlich die Ernährung sehr beeinträchtigt, und es kann zur Erschöpfung kommen, selbst wenn kein Fieber besteht. An Epiglottis, Taschen- und Stimmbändern, am Larynxeingange können Verdickungen der Schleimhaut entstehen. Landgraf hat eine Verwachsung der Stimmbänder an der vorderen Kommissur beobachtet. Vereinzelt ist die Beobachtung von Knochen- und Knorpeldefekten und Schleimhautatrophie in

der Nase, welche derselbe Autor berichtet hat. Zeissl und Riehl sahen tiefgehende Substanzverluste und Granulationswucherung. — Der Schlufseffekt ist der, dafs gröfsere Schleimhautflächen teils exkoriiert, teils mit Detritus und Membranen bedeckt sind, die Ernährung leidet, Fieber eintritt und der Patient oft schon nach einem Jahre dem Leiden erliegt; selbstverständlich können auch Blasen und Ödem im Kehlkopf früh das Leben gefährden. — Die Abgrenzung des Pemphigus der Schleimhäute von Diphtherie, Stomatitis mercurialis und Soor hat Mandelstamm in einer in diesen Blättern referierten Arbeit klar erörtert. Tuberkulöse Geschwüre unterscheiden sich durch die stecknadelkopfgrofsen, weifsen oder gelblichen Punkte in der Umgebung, die unregelmäfsige, zackige Form und den Verlauf. Die zerfallenen luetischen Plaques sind durch die Anamnese, die Reaktion auf Quecksilber etc. gekennzeichnet. Der Herpes pharyngis et laryngis geht anfangs stets mit Fieber einher, macht nur kleine Bläschen, aber heftigere Entzündungserscheinungen. Erysipel geht mit heftigerer Allgemeinerkrankung einher, verläuft vollkommen akut. Ätzungen mit Schwefelsäure oder Kalilauge heilen mit Narbenbildung und haben natürlich keine Nachschübe Die Behandlung kann nur eine symptomatische sein.

In der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 9. December 1892 stellte Professor Fuchs einen **Fall von Pemphigus** vor. Es handelte sich um einen 50jährigen Patienten, der schon 1867 Bläschen im Munde hatte. Seit 1874 Mundsperre durch Schrumpfung der Wangenschleimhaut, 1881 Pemphigus der Haut, 1886 Bläschenbildung am Auge, jetzt Schrumpfung der Bindehaut, Trockenheit und Trübung der Hornhaut mit Verfettung der oberflächlichen Zellen. Die Mundschleimhaut ist krupös belegt, zum Teil zeigt sie Epithelverdickungen und rote Substanzverluste. Auf der Haut sieht man an einzelnen Stellen kleine Pemphigusblasen. In jedem Jahre sieht Fuchs 2—3 ähnliche Fälle, die langsam zur Erblindung und Schrumpfung der Mundschleimhaut führen und jeder Therapie trotzen.

Kaposi hat unter 300 Pemphigusfällen niemals Schrumpfung der Mundschleimhaut gesehen, hält aber auch diesen Fall für Pemphigus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Der Bacillus leprae, zusammenfassender Bericht über den Stand unserer Kenntnisse, von Max Wolters. (*Centralbl. f. Bakteriologie u. Parasitenkunde.* 13. Bd. 1893. No. 14, 15.) Unter eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur giebt Verfasser einen Bericht über alle den Leprabacillus betreffenden Forschungen. Er bespricht zunächst die Verteilung der Bacillen im Körper, ihr Fehlen im Urin, ihr Verhältnis zu den Zellen, wobei er ihre intracellulare Lage betont. Sodann wendet er sich der so schwierigen Differenzierung der Leprabacillen von den Tuberkelbacillen, die durch Färbung bisher trotz der zahlreichen Versuche nicht gelungen ist. Ein ebenso unsicheres Resultat haben die Übertragungsversuche ergeben. Auch die Züchtungen sind bisher noch nicht von grofsem Erfolge gekrönt. Es ist deshalb der experimentelle, den Kochschen Forderungen genügende Beweis für die infektiöse Natur der Lepra nicht erbracht. — Da die citierten Arbeiten alle in den *Monatsblättern* referiert sind, kann ich es mir versagen, näher auf diese klare Übersicht über das bisher Geleistete einzugehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weiteres über einen dem Leprabacillus ähnlichen, bei Kulturversuchen mit Knötchen von Lepra tuberosa sich entwickelnden Mikroorganismus, von Campana. (*Riforma medica.* 1893. Nr. 91.) Bei der Betrachtung des granulösen

Gewebes, welches die Transplantationsstücke unmittelbar umgeben, erweist es sich, dafs die Bacillen in normaler Länge und Form teils frei, teils in Phagocyten oder gruppenweise in Bindegewebsfalten liegend vorhanden sind. Das Protoplasma der bacillenhaltigen Zellen ist zum Teile körnig verändert. Den Vorgang bei der Entwickelung und Vermehrung der Bacillen stellt sich Verfasser so vor, dafs durch die implantierten Mikroorganismen auf die umgebenden Leukocyten ein Reiz ausgeübt wird, wodurch diese sich den freien oder in Zellen eingeschlossenen Bacillen nähern, sie allseitig umschliefsen und aufzunehmen suchen. Ähnliches geht nun im leprös afficierten Organismus vor. Entgegen aber der Ansicht UNNAS, wonach die Bacillen in Lymphspalten, niemals aber in Zellen eingeschlossen sein sollen, erklärt Verfasser das erstere Vorkommen als zuweilen eintreffend, das letztere aber als die Regel. Die Zellen übertragen sich gegenseitig ihren Bacilleninhalt und zerfallen, wonach die freigewordenen Parasiten einen erneuten Reiz auf die Umgebung ausüben und der beschriebene Procefs weiterschreitet. Demnach würde die Krankheit einen rein lokalen Procefs bilden, welcher durch das ganze Leben des betroffenen Individuums existieren kann, ohne weitere als lokale Schmerzen zu veranlassen. Für diese Anschauungsweise spricht auch der Erfolg der chirurgischen Behandlung, indem durch Abtragung resp. Kauterisation einzelne Bacillenherde sich entfernen lassen und das entstehende Narbengewebe einen für die Entwickelung des Leprabacillus ungünstigen Nährboden bildet. Die Verbreitung des Leprabacillus findet auf dem Lymphwege statt und zwar vornehmlich durch Vermittelung derjenigen Lymphspalten, welche den Nerven, weniger derjenigen, welche den Gefäfsen entlang verlaufen, indem der Lepra-Bacillus als Anaërobion sauerstoffarme Gegenden aufsucht. Deshalb, sowie auch weil ausgiebigere Bewegung und Unruhe der Medien seine Entwickelung hemmt, wird er nur ausnahmsweise in den Lungen angetroffen. Ebenso vermag sich der Pilz in Flüssigkeiten, welche Molekular- und Massenbewegungen mehr ausgesetzt sind als feste Körper, nicht zu entwickeln. Diese hydraulischen, sowie andere auf Innervationsstörungen zurückzuführende Verhältnisse bilden auch ein Hindernis für eine unbegrenzte Entwickelung des Pilzes im Organismus. Während sich ferner der Bacillus in Kulturen widerstandslos unter Bildung langer Bänder fortentwickeln kann, sind im organischen Gewebe die bacillenhaltigen Zellen dicht aneinandergedrängt, wodurch der Bacillenkolonie bedeutende mechanische Hindernisse in den Weg gelegt werden. Diese in den späteren Stadien der Lepra eintretende bedeutendere Kompakticität der Zellen, besonders der Leukocyten soll nun auch die Ursache zur Entstehung der VIRCHOWschen oder Riesenzellen abgeben.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Der Wert der bakteriologischen Untersuchung bei der Diagnose abnormer Fälle von Lepra, von PITRES. (*Bull. de l'acad. de méd.* 1892. No. 48.) ZAMBACO hat geäufsert, dafs einige bisher der MORVANschen Krankheit, resp. Syringomyelie zugezählte Fälle der Lepra anaesthetica angehören. Verfasser hat in einem als Syringomyelie aufgefafsten Falle ein Nervenstück aus dem Vorderarme excidiert und Leprabacillen in ihm gefunden. Diesen Weg, seine Behauptung zu beweisen, hätte auch ZAMBACO beschreiten müssen. — ROUSSEAU erhob in derselben Sitzung Widerspruch gegen die Annahme ZAMBACOS, dafs die in den Pyrenäen wohnenden Cagots Descendenten von Leprösen seien.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein mutmafslicher Fall von Lepra anaesthetica, von G. WINFIELD. (*Brooklyn Med. Journ.* März 1893.) Bei dem aus St. Vincent im karaibischen Meere stammenden 16jährigen Mulatten waren seit etwa 3 Jahren kleine, allmählich zunehmende Flecke, die anfangs für Herpes tonsurans gehalten wurden, aufgetreten. Bald nachher lanzinierende Schmerzen, Abnahme der geistigen und körperlichen Kräfte, Geschwüre

am Fufse, Klauenhand, Atrophie der Haut an verschiedenen Stellen, Anästhesie etc. Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, namentlich in Bezug auf Syringomyelie. Auf Bacillen ist nicht weiter untersucht worden, da jedoch bei dieser anästhetischen Form deren Vorhandensein selten nachzuweisen ist. *Philippi-Nieheim.*

Der Fibringehalt in dem Blute von Leprösen. Von Beaven Rake. (Lancet, 9. Januar 1892.) Danielssen und Boeck haben bereits vor vielen Jahren 14 Lepröse, und zwar 8 mit Lepra tuberculosa und 6 mit anästhetischer Lepra auf den Fibringehalt des Blutes untersucht. Sie fanden als oberste Grenze 0,6%, als unterste 0,22% Fibrin im Blute und glaubten, dafs das Übermafs von Fibrin und Albumen im Blute in ursächlichem Zusammenhange mit den anderen pathologischen Veränderungen bei Lepra stände.

Die Resultate, welche Verfasser aus seinen Untersuchungen an 50 Leprösen der tuberösen, nervösen und gemischten Form erhalten hat, differieren wesentlich mit denen von Boeck und Danielssen. Verfasser fand als unterste Grenze 0,12%, als oberste 1,87% Fibrin, durchschnittlich bei den 50 Leprösen 0,76%. Nur in 2 Fällen von diesen 50 war der Fibringehalt niedriger als 0,2%, wie er im gesunden Menschenblute sich befindet. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen und Pyoktanin, von Dr. Julius Goldschmidt in Madeira. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 4.) 5 Fälle hat Verfasser mit Europhen lange Zeit, und zwar 8 Monate, und einen geheilten Fall 15 Monate lang behandelt. Das Mittel wurde einzig und allein angewandt, die Lebensbedingungen der Kranken blieben unverändert. Um sich von der Ungefährlichkeit des Mittels, auch bei sehr heruntergekommenen Leprösen, zu versichern, machte G. vorerst einige subkutane Injektionen einer 3% Oellösung, die im Betrage einer vollen Spritze (1 ccm) ohne lokale noch allgemeine Reaktion gut vertragen wurde. Die Stärke der Lösung wurde allmählich auf 5% gesteigert. Die Resorption des Oels verlangt mindestens 3, bisweilen selbst 8 Tage, deshalb wird an verschiedenen Infiltrationen, die nicht zu weit auseinander liegen, die Behandlung vorgenommen. Ein Fall scheint durch diese Injektionen geheilt zu sein, bei den übrigen tritt die Affektion, anfangs anscheinend gebessert, in ihrem ganzen Umfange wieder auf, die Versuche von 1% Pyoktanineinspritzungen in die leprösen Knoten haben zu keinem Heilresultate geführt, die Knoten blieben gleich grofs, weder lokal noch anderweitig war die Krankheit beeinflufst worden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Eine Reise im Schlitten und im Sattel zu den ausgestofsenen sibirischen Leprakranken, von Frl. Kate Marsden. (Nach dem *Glasgow med. Journ.*, April 1893.) Unter den unglücklichen Leprakranken sind wohl diejenigen in der Provinz Jakutsk in Sibirien die allerbedauernswertesten, denn nicht nur wird ihnen keinerlei Hülfe zu teil, sondern sie werden vielmehr von der barbarischen und abergläubischen Bevölkerung aus ihren Heimstätten vertrieben und müssen wie die Tiere des Waldes ihr Leben, von allem entblöst, in der traurigsten Weise fristen. Man rechnet, dafs etwa 120 solche Unglückliche in jener Gegend hausen. Die Bemühungen dieser kühnen und opferfreudigen Engländerin, die unter allerlei Mühen die dortigen Verhältnisse persönlich kennen gelernt hat, erstreben die Gründung eines passenden Asyls. Wie es scheint, hat die russische Regierung trotz wiederholter Petitionen hierfür kein Geld übrig. *Philippi-Nieheim.*

b) *Tuberkulose.*

Weitere Mitteilungen über die Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure, von A. Landerer. (*Deutsch. med. Woch.* 1893. No. 9.) In seiner Monographie

hat Verfasser über 18 Fälle innerer Tuberkulose berichtet, die mit intravenösen Injektionen alkalisch gemachter 5%iger Zimmtsäureemulsion (mit Eidotter) behandelt wurden. Er verzeichnete 50 % Genesungen, 33 % Besserungen, 11,1% Todesfälle. Die Zimmtsäure bewirkt um die tuberkulösen Herde Entzündungshöfe, anfangs in Gestalt von Kapillarektasien und ausgedehnter Gewebsinfiltration mit Leukocyten. Später findet sich Vaskularisation der Tuberkel, dann Narbenstränge an Stelle und um die Tuberkelherde. Die Bacillen nehmen ab, werden schwerer färbbar, geben den Farbstoff leichter ab und verschwinden. Das Lungengewebe zeigt vikariierendes Emphysem. Die Zimmtsäure wirkt chemotaktisch auf Leukocyten und ruft allgemeine Leukocytose hervor; polynukleaere Leukocyten und eosinophile Zellen sind besonders vermehrt. Die Leukocytose beginnt nach zwei Stunden und schwindet nach ca. 24 Stunden. Durch den zur Vernarbung und Verödung führenden Charakter der Entzündung, durch das Fehlen unerwünschter Nebenwirkung unterscheidet sich die Zimmtsäure vorteilhaft vom Tuberkulin. Eine Verminderung des Hämoglobingehaltes hat nicht statt. Injiciert wird 0,2—0,4; bei dieser Dosis tritt keine Störung des Appetits ein. Bei sehr schwachen Menschen kann eine 1—2½%ige Emulsion genommen und mit einem Tropfen begonnen werden. Die früher als geheilt gemeldeten neun Fälle, darunter zwei schwere und ein ganz schwerer, sind geheilt geblieben. Verfasser berichtet nun im ganzen über 50 Fälle, davon sind 29 (= 58 %) geheilt, 10 (= 28 %) gebessert, 1 (= 2 %) ungebessert, 10 (= 20 %) gestorben. Von den Gestorbenen waren 6 ganz akut verlaufene Tuberkulose, die anderen sehr vorgeschrittene, von vornherein aussichtslose. Störende Nebenwirkungen kamen nur einmal zur Beobachtung. Die Emulsion mufs 10—15 Minuten verrieben und dann vollkommen alkalisch gemacht werden. — Tuberkulöse Abscesse füllt Verfasser nach der Entleerung mit sterilisierter Zimmtsäureemulsion. Bei Lupus ist oft eine gröfsere Zahl von Injektionen (15—30) in kurzer Narkose (Bromäthyl), eventuell nach vorheriger Auskratzung, zu machen. — Verfasser resumiert: Bei Phthisis florida war das Ergebnis ein schlechtes, nur ein Fall ist und einer scheint geheilt. Kranke mit Infiltrationen ohne wesentliche Zerstörungen, mit leidlichem Kräftezustand sind sämtlich geheilt, selbst solche mit abendlichen Temperatursteigerungen. — In der chirurgischen Tuberkulose ist die Zimmtsäure dem Jodoform mindestens ebenbürtig, wegen des Mangels an Fieber und heftigen Schmerzen oft sogar überlegen. Gefahren sind mit der intravenösen Injektion bei richtiger Handhabung nicht verbunden. — Darnach scheint die Behandlung, die im Sinne der Metschnikoffschen Phagocytentheorie wirken soll, mehr Beachtung zu verdienen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Tuberkulose der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynxtuberkulose, von Prof. H. Köbner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 19.) In der Sitzung der Berliner Medicinischen Gesellschaft vom 15. März stellte K. einen 43jährigen Schlosser vor, der vor sieben Jahren wegen Heiserkeit und Halsschmerzen mit Menthol behandelt wurde. Vier Jahre lang hat er sich darnach subjektiv wohl gefühlt, bis er vor ungefähr zwei Jahren eine kleine Wunde im Vollbart in der Unterkinngegend bemerkte, die allmählich gröfser wurde. Im Juni 1892 wurde er wieder heiser, und wegen des Geschwüres wurde er in einer Klinik mit Jodkalium und Hg behandelt. Das Geschwür im Larynx verschlechterte sich darnach. K. fand nun unterhalb des Unterkieferrandes, rechts von der Mittellinie an, ein ungefähr die Gröfse eines silbernen Fünfmarkstückes einnehmendes, rundliches Geschwür, dessen zum Teil graulicher, bis etwa an die Grenze des Unterhautgewebes reichender Grund teils mit kleinen Borken, teils mit rötlich-gelben, kleinen, schlaffen, sehr ungleichmäfsig über die Wundfläche verteilten Granulationen bedeckt war, und dessen Rand flach, ein wenig livide, auffallend wenig infiltriert, nicht speckig, nicht unterminiert,

auch nicht gleichmäfsig bogenförmig, sondern uneben, mit ganz kleinen, etwas miliaren bis stecknadelkopfgrofsen Auszackungen versehen war, bei Berührung wenig blutend, ziemlich schmerzhaft. Die benachbarten Lymphdrüsen sämtlich geschwollen, hart indolent. Diagnose: Tuberkulose der Haut neben Tuberkulosis laryngis. Nach Excision eines kleinen Stückes ergab die mikroskopische Untersuchung massenhafte Tuberkelbacillen durch die ganze Cutis zerstreut, einzelne sogar bis in das Rete MALPIGHII hinauf. Es fehlte auch nicht an typischen Riesenzellen, sowie an der gewöhnlichen Striktur miliarer Tuberkel im Rande und den Granulationen. Charakteristisch ist dabei die Form der serpiginösen Geschwüre. Dieser Fall ist auch im Hinblick auf die allgemeine Hygiene der Barbierstuben interessant, da es leicht möglich ist, dafs hier mit dem Rasiermesser eine neue Quelle für Überimpfung der Tuberlose geschaffen wird. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Lupus, von T. L. MILTON. (*Edinb. med. Journ.* December 1892.) Verfasser stützt sich auf ein Material von 480 Lupuskranken. Er zählt den Lupus erythematodes wegen der häufigen Übergänge zum gewöhnlichen Lupus. Traumatisch entstandenen Lupus sah er vereinzelt. Hereditäre Momente, Beziehungen der Skrophulose, schwächlicher Konstitution zum Lupus bestehen nicht; derselbe ist nicht kontagiös. Die Tuberkelbacillen bilden nur ein sekundäres Moment. Regionäre Einflüsse, die begünstigend auf die Entstehung des Lupus wirken, sind nicht deutlich. — Die Zahl der Lupusfälle im Verhältnis zu den anderen Hautleiden ist in allen Teilen Englands gleich. — Therapeutisch verwirft der Verfasser jede eingreifende lokale Behandlung und legt das Hauptgewicht auf interne Medikation. Diese braucht keine tonisierende zu sein; Arsen, salinische und merkurielle Derivantien, vor allem Kalomel, Jodkalium (bei Lupus der Extremitäten), Tartarus stibiatus (bei schwülem Wetter!) sind geeignet. Die Behandlung mufs lange Zeit fortgesetzt werden. Lokal werden nach Entfernung der Krusten mit 95%iger Karbolsäure so viele Stellen geätzt, als ohne grofse Schmerzen ertragen wird; heifses Wasser lindert die Schmerzen. Umschläge mit heifsem Bleiwasser und milde Salben sind zur Nacht zweckmäfsig. Noch besser wirkt eine 12,5%ige Lösung von Kaliumpermanganat, die täglich eingerieben wird, bis ein dunkles, festes Häutchen entsteht. Nach Abstofsung desselben beginnt das Einreiben von neuem. Höllenstein, Jodglycerin, bei rasch destruierenden Vorgängen Chiosterpentin sind nützlich. Starke Irritation, besonders beim Lupus sycosiformis, lindert heifses Wasser mit nachfolgender Verwendung von 0,6—0,8%igem Karbolspiritus oder einer Lösung von Kalium sulfuratum. — Galmeilösung schützt am besten gegen die Luft. — Caustica nützen nicht. — Leichte Kost, wenig Fleisch, kein Bier, keine schweren Weine. — Schwüles, gewitteriges Wetter, rauhe, kalte Ostwinde, Ostwinde an klaren Sommertagen schaden Lupuskranken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Transplantation normaler Haut auf einen durch Exstirpation lupöser Haut gesetzten Defekt demonstriert Prof. LANG in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 21. April 1893. (*Wien. klin. Wochschr.* 1893. Nr. 12.) Alle üblichen von HEBRA sen. inaugurierten chirurgischen Behandlungsmethoden des Lupus sichern nicht vor weiterer Ausbreitung und Recidiven des Leidens. Es fragt sich, ob diese Sicherheit durch Exstirpation und Transplantation zu erlangen ist. In dieser Hinsicht ist der vorgestellte Fall sehr lehrreich. Der 17jährige Patient leidet seit dem fünften Jahre an Lupus. Alle Behandlungsmethoden sind bei ihm versucht, alle hatten Recidive im Gefolge. Juni 1892 wurde die Exstirpation vorgenommen. Der Lupus reichte von der Haargrenze der rechten Schläfe bis in die Regio submentalis, hier noch die Mittellinie etwas nach links überschreitend; vom Tragus des rechten Ohrs breitete er sich über die Nase, andererseits

bis zu dem Mundwinkel, das untere Augenlid mitergreifend, aus. Dieses ganze Gebiet, also fast die ganze rechte Gesichtshälfte, wurde umschnitten und abgetragen, die Blutung gestillt, und sofort der Defekt mit Epidermisbändern vom rechten Oberschenkel gedeckt. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Jetzt, nach einem Jahre, ist das ganze Terrain vollkommen frei von Recidiven; nur aufserhalb der damals operierten Fläche findet sich ein kleines Knötchen. — Die transplantierte Stelle ist pigmentärmer, was vielleicht sich dadurch erklärt, dafs der Patient immer ein Tuch trägt. — In der Narbe fühlt man derbere Streifen. Ob dieselben durch die Ligaturen, deren 40—50 angelegt sind, bewirkt sind, oder einer Disposition des Patienten zur Bildung hypertrophischer Narben ihre Entstehung verdanken, ist fraglich. Letzteres ist wahrscheinlich, da eine Narbe an der linken Wange, wo ein kleiner Lupusherd exstirpiert war, auch kallös geworden ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c) *Syphilis.*

Über das Vorkommen des LUSTGARTENschen Bacillus in syphilitischen Geweben, von DE MICHELE und RADICE. (*Giorn. ital. delle Scienze med.* XIV. Jahrg.) Von den 64 zur Untersuchung gelangten Präparaten (Periostitis gummosa radii, Gummata hepatis, Darmsyphilis, Gumma des Myocards, Arteriosclerosis specifica etc.) ergaben 45 ein positives Resultat. Die Lokalisation des Bacillus in diesen inneren Organen läfst nicht wohl einen Zweifel aufkommen bezüglich Verwechslung mit dem Smegmabacillus. Der Bacillus lag gruppenweise angeordnet in Lymphspalten und -Gefäfsen, sozusagen nie aber in den Geweben zerstreut, innerhalb oder aufserhalb von Zellen. In Geweben aus früheren Stadien der Affektion waren die Bacillen viel zahlreicher vorhanden, als z. B. in Gummaten, wo sie nur an der Grenze von Kranken und Gesunden, nie aber im Centrum zu finden waren. In dieser Lokalisation des Pilzes finden Verfasser eine Erklärung für den Mechanismus der Quecksilberwirkung auf die Syphilis, indem dieser Körper auf dem Lymphwege resorbiert werde.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Intestinalsyphilis, von MICHELE und SORRENTINO. (*Riforma med.* 1892. No. 176. In den 2 Fällen, welche intra vitam die Symptome schwerer Enteritis mit incoërciblen, dysenterischen Diarrhöen und äufserst heftigen Koliken geboten hatten und zur Sektion gelangten, konnten die Verfasser in den Lymphgefäfsen des Darms den LUSTGARTENschen Bacillus nachweisen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die sogenannte specifische Wirkung des Quecksilbers bei der konstitutionellen Syphilis, von SCARENZIO. (*Giorn. ital. de mal. ven. e della pelle.* fasc. I. 1893.) Da die günstige Wirkung des Hg nicht auf allfällige parasitische Eigenschaften, noch auf die Fähigkeit dieses Körpers, Ptomaine und Leukomaine im Organismus zu neutralisieren, zurückgeführt werden kann, ist Verfasser der Ansicht, dafs jene Wirkung darin bestehe, die Sekretions- und Exkretionsorgane zu stimulieren und sie in den Stand zu setzen, im Blute cirkulierende Infektionsstoffe leichter auszuscheiden, sowie darin die natürliche Umwandlung der Produkte der gummösen Formen zu begünstigen. In der That werden auch Fälle mitgeteilt, wo man ausschliefslich mit Tonica, Diaphoretica, Purgantien etc. die Syphilis zur Heilung brachte. Dafs das Hg die Eliminationsorgane stimuliere, beweisen der Speichelflufs, sowie die diaphoretische Wirkung des Kalomels. Andererseits giebt es Fälle, wo das Hg den erwarteten Erfolg nicht hat und gleichsam noch Hülfsmittel in Gestalt der Jodpräparate bedarf, um die Sekretionsorgane anzuregen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über intramuskuläre Injektionen von Oleum cinereum gegen Syphilis, von H. MAU, Würzburg. (Dissertation 1890.) Verfasser bespricht einleitend die Vor-

teile und Nachteile der Quecksilbereinreibungen und Einspritzungen, unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur. Die verschiedenen, zu Einspritzungen gebrauchten Quecksilberpräparate werden einzeln auf ihren Wert geprüft.

An die allgemeinen Erörterungen schliefst Verfasser die Krankengeschichte von 13 mit Oleum cinereum behandelten Syphilispatienten.

Durchschnittlich waren 8 Injektionen nötig, welche zweimal wöchentlich appliciert wurden. Bis zum Verschwinden aller Symptome vergingen meistens 40 Tage. Es wurde jedesmal eine ganze Pravazsche Spritze der 30%igen Suspension, also pro dosi 0,3 Hg injiciert. Für die Injektion wurden unter Beobachtung der strengsten Antisepsis abwechselnd bald die rechte, bald die linke Seite der Glutäalmuskulatur gewählt.

Am Schlusse seiner Dissertation resumiert Verfasser die Eindrücke, welche die Injektionen mit Oleum cinereum bezüglich ihres therapeutischen Wertes auf ihn gemacht haben, und gelangt zu dem Urteile, dafs dieselben in ihrer Wirkung auf sekundäre Syphilide der Schmierkur gleichkommen, ohne deren störende Nebenwirkungen zu entfalten. (Wenn jedoch von den 13 Patienten des Verfassers trotz der sorgfältigsten Beobachtung in der Klinik 8 — also ca. 63% — Stomatitis acquirieren, so ist dieser Umstand, selbst wenn die Stomatitis nur leichterer Natur war, doch noch nicht geeignet, uns besonders für die Injektionen zu begeistern. Thatsächlich gelangt die Mehrzahl der Ärzte nach kürzerer oder längerer Zeit zur Überzeugung, dafs die Inunktionskur doch noch die einfachste, von nachteiligen Folgeerscheinungen am wenigsten begleitete, vorteilhafteste aller Quecksilberkuren ist und es wahrscheinlich bleiben wird. Vielleicht ist auch der Verfasser inzwischen zu dieser Überzeugung gekommen. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Über Syphilis maligna, von Wilhelm Solbach. (Inaug.-Dissert. Bonn 1892.) An die frühere Bösartigkeit der Syphilis erinnern nur zwei Formen derselben noch: erstens die „endemischen Syphilide", Endemien von Syphilis in bisher von ihr nicht berührten Gegenden, und die „Syphilis maligna". Für den Charakter der endemischen Syphilide sind wohl die Nichtkenntnis der Krankheit und die fehlende Durchseuchung verantwortlich zn machen. Die Syphilis maligna kennzeichnet sich durch schnelle Recidive, bösartigen Charakter derselben, frühzeitiges Auftreten tertiärer Läsionen. Als Ursache derselben bezeichnet Fournier vor allem die schlechte Konstitution des von der Syphilis Befallenen, sei dieselbe durch Alkohol, Tuberkulose, Malaria, Überanstrengungen, hereditäre Anlage, durch das Alter bedingt. Bezüglich des letzteren hält Fournier das jüngste Lebensalter und das Greisenalter für am meisten empfindlich. Eine mangelhafte oder fehlerhafte Behandlung kann auch die Malignität der Syphilis steigern. — Dubuc und Carmichaël beschuldigen als Ursache der Syphilis maligna die Bösartigkeit des Virus, Lesser und Neisser lassen die Frage unentschieden. Kopp sagt: „Maligne Syphilis entsteht dann, wenn ein Individuum inficiert wird, dessen Generation bis heute von Syphilis verschont geblieben ist."

Manche Autoren wollen einen phagedänischen Charakter des Primäraffekts als Einleitung der Syphilis maligna ansehen; das ist aber unrichtig, da einerseits Phagedänismus nicht Syphilis maligna bedingt, andererseits letztere oft auf eine gutartige Sklerose folgt. — Das Allgemeinbefinden leidet bei Syphilis maligna gewöhnlich sehr, remittierendes Fieber ist oft vorhanden, die Kranken werden anämisch und kachektisch; starker Kopfschmerz quält sie oft. Alle Produkte der Syphilis zeigen eine Neigung zu raschem Zerfall und zur Geschwürsbildung.

13 fremde und 1 eigner Fall illustrieren das Gesagte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Cirrhosis hepatis luetica, von PETER IVERS. (Inaug.-Dissert. München 1891.) Die Wiedergabe eines zur Sektion gekommenen Falles von syphilitischer Lebercirrhose bildet den Inhalt dieser Dissertation. Es handelt sich um eine miliare, gummöse Hepatitis, die zur diffusen, hypertrophischen Cirrhose geführt hatte. Die wenigen, dem Krankenbericht vorausgeschickten Erörterungen halten sich von aller Vertiefung fern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Gumma vor dem Chiasma nervi optici, von ISIDOR FÜHRER. (Inaug.-Dissert. München. 1890.) Ein vor 16 Jahren inficierter Patient erkrankte auch unter folgenden Erscheinungen: Starke Herabsetzung der Sehschärfe (r. 1/5; l. Finger auf 2 m), bitemporale Hemiopie; normaler ophthalmoskopischer Befund. Die Diagnose eines Tumors am Chiasma, die Annahme eines Gumma lagen nicht fern. Die Therapie bestätigte die Diagnose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis und asymmetrische arteriosklerotische Nierenatrophie, von C. RASCH. Verfasser teilt in der Gesellschaft der Ärzte zu Kopenhagen einen Fall mit, wo die obengenannte Affektion bei der Sektion einer 43jährigen Phthisica gefunden wurde und als syphilitisch gedeutet werden mufste. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Pemphigus neonatorum syphiliticus, von FRANZ T. B. FEST-New York. (*New York. med. Monatsschr.* 1893. No. 3.) Der Pempigus neonatorum ist in der Mehrzahl der Fälle syphilitischen Ursprungs. Nur wenige Fälle von nicht syphilitischem Pemphigus neonatorum werden in der Litteratur mitgeteilt. Der letztere scheint dann meist epidemisch aufzutreten und in eigenen Bakterien (STRELITZ) seine Ursache zu haben.

Bei dem Pemphigus neonatorum syphiliticus kann man zwei Formen unterscheiden:

1. Das Kind wird mit den Zeichen der hereditären Syphilis — in diesem Falle Bullae oder bereits exkoriierte Hautstellen — zur Welt gebracht; oder

2. die Syphilis bleibt einige Zeit latent, und erst dann entwickelt sich der Pemphigus syphiliticus, wie der Pemphigus adultorum. An Händen und Füfsen zuerst, später am ganzen Körper entstehen Blasen von verschiedener Gröfse, die durch Konfluenz weite Strecken der Epidermis unterminieren können. Die Blasen sind mit klarer oder gelblicher Flüssigkeit angefüllt und lassen nach dem Platzen eine nässende Stelle zurück, die sich ohne Borkenbildung — zum Unterschiede von Rupia — häutet. Bisweilen finden subsequente Blasenbildungen statt, welche die Prognose wesentlich verschlechtern. Die „Variocella syphilitica" — Pemphigusausschlag, bestehend aus ganz kleinen Bläschen — verläuft weniger bösartig.

Die Prognose hängt auch von dem Kräftezustande der kleinen Patienten ab, den zu erhalten und zu heben eine der Aufgaben der Therapie ist. Die antiluetische Behandlung besteht in der Darreichung von Quecksilber oder Jod. Von letzterem ist der Syrupus ferri jodati bei dem meist schlechten Ernährungszustande der Kinder am zweckentsprechendsten. Die Behandlung der exkoriierten Plaques mufs antiseptich und absorbierend sein. Am besten eignet sich hierfür das Bismuthum subgallatum, dessen Geschmeidigkeit und mild adstringierende Eigenschaft als gallussaures Präparat von Vorteil ist. Dasselbe kann rein oder in Verbindung mit Talcum und Amylum (2:7:1) gebraucht werden.

Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichte dreier Fälle von syphilitischem Pemphigus neonatorum mit. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von syphilitischer Primärinfektion an der Lippe durch eine Cigarre, von R. C. KIRKPATRICK. (*New York med. Journ.* 31. December 1892.) Ein

41jähriger Commis kam mit einem seit zwei Monaten bestehenden harten Schanker der linken Seite der Unterlippe zur Behandlung. Es wurde festgestellt, dafs er häufig von gewissen Cigarrenarbeitern, von denen zwei notorisch syphilitisch erkrankt waren, Cigarren erhalten hatte, und ferner, dafs er gewohnheitsmäfsig seine Cigarren auf der linken Seite des Mundes zu halten pflegte. Merkurielle Behandlung bewirkte ein völliges Verschwinden aller Symptome in etwa drei Monaten. *Philippi-Nieheim.*

Über extragenital lokalisierte Initialsklerosen, von Franz Siepe. Inaugur.-Dissert. Bonn 1892.) Verfasser bespricht das Vorkommen und die Erscheinungen der extragenitalen Initialsklerosen, die bekanntlich nicht selten sind. Am häufigsten sind die Lippen betroffen, und ist hier besonders das gleichzeitige Vorkommen zweier Sklerosen (an Ober- und Unterlippe) von Interesse. Tonsillenschanker sind auch oft gesehen, sehr selten dagegen Zungenschanker. Von anderen Teilen sind Auge, Wange, Nase, Kinn und Ohr, dann Brust (Mamilla), Arme (Impfung!), Hände (Ärzte und Hebammen), bevorzugt. Auch Übertragung durch Transplantation ist beobachtet. — Die Diagnose begegnet oft grofsen Schwierigkeiten. — Elf Krankengeschichten werden wiedergegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Gehirnsyphilis (Gummata), von Joseph Buck. (Inaug.-Dissert. München 1891.) In eingehender Weise werden die Schwierigkeiten dargelegt, welche sich der Diagnose eines Gumma in cerebro auch nach der Sektion und der mikroskopischen Untersuchung entgegenstellten, da die Annahme eines Gliom resp. liosarkom nicht fern lag. Enthält die Arbeit auch nur eine Krankengeschichte, so ist doch die eingehende Betrachtung derselben lobend hervorzuheben. Eine so beleuchtete Krankengeschichte ist durchaus lehrreich und interessant.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Lues cerebri, von Cnopf. (*München. med. Woch.* 1892. No. 11.) Ein 13wöchiges Kind anscheinend gesunder Eltern mit gesundem erstem Kind erkrankt unter schweren, dyspeptischen Erscheinungen; Atrophie, Hydrops und Konvulsionen führten zum Tode. Die Sektion ergab im Gehirn: In beiden Streifenhügeln ein umschriebenes, graurötliches, sulziges Exsudat, Hydrocephalus internus und externus, Sklerose der Substanz des Hinterhauptlappens. Die Erscheinungen konnten nur luetischer Natur sein. Nachträglich stellte sich heraus, dafs der Vater vor 8 Jahren syphilitisch war, aber nie seitdem Symptome aufgewiesen hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Gehirnsyphilis, von E. Bitot. (*Archives cliniques de Bordeaux.* 1893. No. 2.) Bei einem 30jährigen Patienten, welcher vor 7 Jahren zu 3 Malen von Ulcera venerea unbestimmten Charakters afficiert worden war, stellten sich ohne andere sekundäre Symptome ein: Cephalalgie, Vomitus; linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie; Geistesschwäche; Hoden- und Nebenhodenverhärtung. Die Hemianästhesie wurde überraschend schnell durch Magnetismus, die anderen Symptome durch eine antiluetische Schmierkur geheilt. Mehrere Jahre später starb Patient an Tuberkulose. Die Autopsie ergab: ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen in den Lungen; Pachymeningitis cerebralis geringeren Grades mit circumskripter Adhärenz der Pia mit der Dura über dem unteren Ende der linken Rolandschen Furche, darunter ein kleinerer meningo-encephalitischer Käseherd. An diesen Befund knüpft Verfasser folgende Betrachtungen: Die cerebralen Symptome müssen auf Rechnung der Syphilis geschrieben werden. Die pathologischen Veränderungen an der Gehirnrinde sind als tuberkulöse anzusehen; dieselben konnten auch nicht, weil linksseitig gelegen, die linksseitigen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen bedingt haben; diese müssen vielmehr als funktionelle, durch Fern-

wirkung entstandene Störungen angesehen werden; vielleicht wurden sie durch specifische Gefäfserkrankung oder Gummata der rechten Hemisphäre verursacht welche durch die antiluetische Kur zur Resorption gelangten. Schon der günstige Einfluſs des Magnetismus auf die Hemiänästhesie spricht gegen eine organische Affektion. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Gehirnsyphilis, von HJELMMAN. (Helsingfors 1892.) Verfasser hat auf der Basis von 200 untersuchten Fällen und der eingehenden Zusammenstellung der betreffenden Litteratur besonders auf Häufigkeit, Chronologie, Ätiologie und Prognose geachtet. Er hat aus 1860 Fällen von tertiärer Syphilis ca. 250 Fälle von Nervensyphilis gesammelt. Überhaupt meint er, in ca. 15 bis 25 Fällen auf Tausend syphilisch Inficierter Cerebralsyphilis erwarten zu können. Die Frequenz erreicht ihr Maximum in den ersten Jahren der Infektion. Für die Ätiologie spielt die Hauptrolle unzureichende Behandlung, Excesse, besonders in Alkohol, nervöse Disposition und vorgerücktes Alter. Die allgemeine Prognose ist schlecht; ungefähr die Hälfte der Fälle sterben, ungefähr ein Viertel wird geheilt, Behandlung oder Nichtbehandlung sind doch die wichtigsten Faktoren; die specifische Behandlung muſs früh und energisch eingeleitet werden. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Zur Lehre von der hereditären Lues (ein Zwillingsfall), von EDUARD BUHE. (Inaug.-Dissert. Berlin. 1889.) Der Arbeit liegt folgender interessante Fall zu Grunde: Eine vor 12 Jahren inficierte Frau gebar 9 Jahre post infectionem eine unreife, achtmonatliche, syphilitische Frucht, ein Jahr später eine ausgetragene, macerierte Frucht. Bei der jetzt in Rede stehenden Entbindung bringt sie Zwillingsfrüchte zur Welt, von denen die eine maceriert und deutlich syphilitisch ist, die andere anscheinend gesund ist, aber allmählich abmagert und nach 8 Tagen stirbt, ohne daſs bei der Sektion irgend ein Zeichen von Syphilis zu finden wäre. Dieser seltene, aber nicht vereinzelte Fall giebt dem Verfasser Gelegenheit, auf die viel ventilierte Frage der hereditären Infektion genauer einzugehen, anknüpfend einerseits an die KASSOWITZsche Ansicht von der Undurchlässigkeit der Placenta, andererseits an das COLLES-BEAUMÈSsche Gesetz von der Immunität der Mütter syphilitischer Kinder. Die Schlüsse, die er an seine klaren Erörterungen knüpft, sind folgende:

1. Die Syphilis wird unter normalen Verhältnissen nur durch das Sperma und Ovulum vererbt, es findet also gewöhnlich eine Vererbung im eigentlichen Sinne statt.

2. Eine Übertraguug des syphilitischen Contagium sowohl von der Mutter zum Kinde als umgekehrt findet nur statt bei vorheriger Erkrankung der Placenta.

3. Der Teil von beiden, Mutter und Kind, welcher bei Syphilis des andern von der Krankheit freibleibt, erlangt durch den Säfteaustausch einen Grad von Immunität gegen luetische Infektion.

(Diese Ansichten, die mehr den KASSOWITZschen und den von den Gynäkologen vertretenen zuneigen, sind etwas vermittelnder Natur. Sie entsprechen den neuesten theoretischen Forschungen. Diese ergeben einerseits, daſs korpuskuläre Elemente — Mikrobien — die normale Placenta nicht passieren (M. WOLFF), andererseits, daſs die immunisierende Kraft an Stoffwechselprodukte löslicher Natur gebunden ist. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der hereditären Lues (selten groſses Gumma der Lunge. mit dadurch bedingter intrauteriner Pericarditis exsudativa), von WANITSCHKE (*Prag. med. Woch.* 1893. No. 13.) Bei einem asphyktisch geborenen, nicht wiederbelebten Kinde ergab die Sektion folgendes: Eine Anschwellung der Leber und der Milz; eine luetische Osteochondritis, eine gummöse Infiltration des Ileum, ein groſses

Gumma der linken Lunge bis an das Pericard grenzend, und eine serofibrinöse Pericarditis. Nach Ausschluſs der Tuberkulose konnte die Diagnose auf hereditäre Syphilis mit Sicherheit gestellt werden. Der exsudative Prozeſs im Pericard scheint dem Verfasser besonders interessant, da er ein Belag dafür ist, daſs die Syphilis nicht nur chronische, mit Gewebsneubildung einhergehende Entzündungen zu veranlassen vermag. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis und ihre Heilmittel vom Jahre 1492 bis zur Mitte des 16. Jahrhunderts, geschichtlich-medicinische Doktordissertation, von Th. Melsheimer. (Bonn 1892.) Es ist gewiſs sehr mit Freuden zu begrüſsen, wenn auch historische Studien die Grundlage von Dissertationen bilden; man wird da wohl manches Interessante und Lehrreiche finden. — Im ersten Teile beschäftigt sich der Autor mit dem Nachweis, daſs die Syphilis uns von Amerika zugeführt ist und die früheren Schriftsteller dieselbe nicht kannten. Alle die Stellen in alten Werken, die als für die Existenz der Syphilis sprechend ausgelegt werden, haben einen anderen Sinn. Weder die Juden noch die Inder, Ägypter, Griechen, Römer u. s. w. kannten die Syphilis, die erst 1494 zuerst auftrat, was auch die Zeugnisse damaliger Ärzte beweisen.

Unter den Heilmitteln spielten früher das Lignum Guajaci, die Radix Sarsaparillae, das Lignum Sassafras die Hauptrolle, welche Verfasser eingehend bespricht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zum Studium des Molluscum simplex, von Pilliet und Mauclaire. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 54.) Ihre histologischen Untersuchungen führen Verfasser zu dem Ausspruch, das Molluscum sei eine gutartige Neubildung bindegewebigen Urprungs, die alle vom Mesoderm stammenden Teile der Haut befällt und mit einem gewöhnlichen, durch die jeweiligen Umstände des Einzelfalls etwas veränderten Epithel bekleidet ist. Die vom Mesoderm abstammenden Teile der Haut sind die Papillarschicht, die fibröse Schicht und das Corium. Alle drei Teile sind im Molluscum vertreten, derjenige Teil natürlich am meisten, der zur Bildung der erkrankten Hautstelle das Wesentlichste beiträgt. So wird es am Anus am Praeputium und an allen anderen Hautgegenden mit stark entwickeltem Papillarkörper zu Papillomen, auf dem Fuſs- und Handrücken dagegen wegen des anatomischen Baues der betreffenden Haut zu Fibromen und am Nacken und Rücken endlich und den anderen histologisch gleichgearteten Hautgegenden zu Lipomen kommen. Am Scrotum, den groſsen Lippen, der Innenfläche der Oberfläche können alle drei Bestandteile der Haut gleichzeitig hypertrophieren, und es entwickelt sich dann das Molluscum acquisitum, von dem sich das ausgebildete Molluscum congenitum in seinem Bau nicht unterscheidet. *Türkheim-Hamburg.*

Epitheliom an den Beinen eines Huhns. J. J. Clarke führt aus, daſs diese Krankheit sehr ähnlich sei der allgemeinen Psorospermose der Haut, die Darier bei Menschen beschrieben hat. Hier bestand Hyperkeratose der Follikel der Federn. Wegen ungenügender Vorsorge für das Material konnte die Histologie nicht genau studiert werden. In Glycerin zeigte die Hornsubstanz groſse runde Körper, ähnliche waren im Stratum mucosum der Epidermis vorhanden. In Dariers Fall saſs eine dicke epitheliomatöse Masse an den Pubes. Er nahm an, daſs Infektion mit Schmutz zu stande kommen könne unter ähnlichen Umständen, indem der Schmutz zwischen den Schenkeln haften blieb. *Leslie Roberts-Liverpool.*

Über die PAGETsche Krankheit der Brustwarze, von DUBOIS-HAVENITH (*La Policlinique.* No. 5. 1893.) Vortragender demonstriert einen Fall von PAGETS disease bei einer 80jährigen Patientin, welcher vor 4 Jahren unter ekzematösen Erscheinungen begonnen hatte. Später bildete sich ein typisches Carcinom der Mamma aus mit Infiltration der entsprechenden Axillarlymphdrüsen und neuralgischen Schmerzen im Nacken. Mikroskopisch wurden Psorospermien nachgewiesen. Totalexstirpation der Mamma. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Der Rhopalocephalus carcinomatosus, von A. KOROTNEW. (*Wratsch*, 1893. 2.) In den Zellen eines Lippenkrebses fand Verfasser einen, von ihm Rhopalocephalus benannten Parasiten, den er zu den Gregarinen zählt und als Vertreter der Perlkugeln ansieht. Die erwachsenen Formen waren im Centrum dieser zu finden; nur wo bereits körniger Zufall der Zellen eingetreten war, fehlten sie; dieser scheint ihnen also verderblich zu sein. Über weitere, in Carcinomen gesehene, zu den Coccidien zählende Parasiten will Verfasser später berichten. (Ein kleines Fragezeichen wird man hinter die Deutung der Befunde wohl setzen müssen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Parasitenähnliche Körper im Krebs, von MONTGOMERY. (*Pacif. med. Journ.* Juli 1892.) Zwischen den Zellen des Krebses fand Verfasser Körper, die ausssahen wie Eier im Nest, waren aber nicht Parasiten, sondern Klumpen von Chromatin, die hervorgehen aus den Zellen im Centrum der Epithelperlen. Dafür sprach die unebne Fläche der Körperchen, die umgeben waren von einer mit Alaunkarmin sich stark färbenden Masse, offenbar dem Reste des Zellprotoplasmas. Verfasser giebt das Vorkommen von Psorospermien für Molluscum contagiosum und die PAGETsche Brustwarzenkrankheit zu, betrachtet sie aber nicht als die eigentlichen Urheber der Krankheiten. Vielleicht haben sie nur durch die Ausübung eines chronischen Reizes eine Bedeutung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über die ADDISONsche Krankheit, von F. und S. MARINO-ZUCCO. (*Riform. med.* 1892. VI. 64. *Centralbl. f. allgem. Path. und path. Anatom.* 1892. No. 24.) Verfasser haben früher in den normalen Nebennieren und in dem Urin von an Morbus Addisonii Leidenden beträchtliche Mengen Neurin nachgewiesen. Jetzt haben sie experimentell die Abtragung der Nebennieren studiert und andererseits durch abnorme, aber nicht giftige Mengen von Neurin das genannte Krankheitsbild zu erregen versucht. Die Tiere, denen die Nebennieren exstirpiert waren, starben am 3. bis 5. Tage unter folgenden Erscheinungen: Parese der Hinterbeine, Athembeschwerden, Erweiterung der Pupillen, leichten Opisthotonus und primäre oder Reflexkrämpfe. Die Exstirpation nur einer Nebenniere bewirkte nach 12—24 Tagen pigmentierte Flecken auf der Haut, welche sich schnell ausbreiteten und immer dunkler wurden. Nach 2 Monaten schwanden diese Flecken wieder, vom Centrum aus sich entfärbend, aber niemals vollständig. Die Haare auf den pigmentierten Stellen zeigten entsprechenden Farbenwechsel. Auch an der Unterseite und den Seiten der Zunge traten kleine Flecken auf. Bei Albino-Tieren traten niemals Hautflecken auf, sondern nur leichte Pigmentierungen an den Seiten der Zunge.

Wenn die Verfasser 2 ccm einer 5% Neurinlösung Kaninchen in die Bauchhöhle injicierten, sahen sie nach 8—10 Tagen auf der Haut kleine, schieferfarbige Flecken, auf denen die Haare dichter und dunkler erschienen. Dieselben verbreiterten sich nach der Fläche wie nach einseitiger Exstirpation der Nebennieren; auch Pigmentflecke an den Seiten der Zunge traten auf. Die Albinos verhielten sich auch in der oben geschilderten Weise. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Sarcomatosis cutis, demonstriert Justus in der königlichen Gesellschaft der Ärzte in Budapest. Sitzung den 11. März 1893. Fall 1: Der 45jährige Patient bekam vor 4 Jahren in der Peripherie von vorhandenen Pigmentflecken am Oberschenkel pigmentierte Knötchen, die sich allmählich über den ganzen Körper verbreiteten. Metastasen in inneren Organen scheinen schon vorhanden zu sein; denn zu beiden Seiten der Wirbelsäule ist Dämpfung vorhanden, die Leber ist vergrößert, an der Mundschleimhaut sind blau-graue Flecken sichtbar. Fall 2: Die 15jährige Patientin bekam vor 2 Jahren am linken Handrücken eine spontane Hautgangrän; an Stelle dieser besteht jetzt ein 10 cm langer, 4—5 cm breiter, 2 cm hoher, verschieblicher, schmerzhafter Tumor. — Zwei Monate nach dem Ausbruch der Gangrän entstanden zwei haselnußgroße, dunkelbraunrote, konsistente, auf Druck empfindliche, nicht erblassende Knötchen. Ähnliches entwickelt sich am Brustkorbe, am linken Vorderarm etc. Nur die Abgrenzung von Keloid kommt in Betracht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Lympho-Sarcomatosis, von Kundrat. Vortrag gehalten in der k. k. Gesellschaft der Ärzte, Wien 17. März 93. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1893. No. 12. 13.) Auf Grund langjähriger Erfahrung, auf Grund von 50 Fällen von Lymphosarkomen und der doppelten Anzahl verwandter Leiden will Verfasser die Lymphosarkome scharf von den Sarkomen trennen. — Die Lymphosarkome sind charakterisiert durch retikuläres Grundgewebe und lymphoide Zellen, jedoch ist die Ausbildung des Gerüstes, der Reichtum und die Größe der Zellen niemals so typisch wie beim normalen lymphoiden Gewebe. Die Trennung in medulläre und fibröse ist nicht scharf durchzuführen. Neigung zu Metamorphosen, Verfettungen, anämischen Nekrosen zeigen die Lymphosarkome fast niemals. Genetisch stehen sie mit dem lymphatischen Apparat, Drüsen, Follikeln, adenoidem Gewebe der Schleimhäute, in Verbindung; primär sind sie deshalb nur an letzteren und an den Drüsen zu finden. Während des Wachstums greifen diese Neubildungen über diese hinaus und ziehen noch rücksichtsloser als Sarkome und Carcinome alles Gewebe mit hinein. Dieses Verhalten unterscheidet sie scharf von anderen primären Lymphdrüsentumoren, bei Leukämie und Pseudoleukämie, die niemals auf die Nachbarschaft übergreifen und stets die typische Drüsenstruktur behalten. Ein ebenso wichtiges Kennzeichen der Lymphosarkome ist, daß stets die benachbarten Drüsen und Follikel mit ergriffen werden, andererseits aber die Tumoren nie allgemein werden, wie bei Leukämie und Pseudoleukämie. Auf Schleimhäuten bilden sich Infiltrate, auf serösen Häuten häufig auch kleine Knötchen und Platten. Veränderungen in weiter entfernten Teilen entstehen nur nach Erkrankung der ganzen, zu ihnen führenden Lymphwege, es sind nicht eigentliche Metastasen, von denen sie sich auch durch den Sitz in den Schleimhäuten des Intestinaltractus unterscheiden. Eigentliche Metastasen auf dem Wege der Blutbahn sind selten, zumal die Lymphosarkome die Blutgefäße nicht durchwuchern, sondern nur komprimieren. — Wichtig ist auch, daß sie nicht zu den Infiltrationen und knotenförmigen Metastasen in der Leber und Milz führen, wie wir sie bei Leukämie und Pseudoleukämie finden. — Ergriffen ist das mittlere Lebensalter; Männer mehr als Frauen. — Zu zwei Leiden steht das Lymphosarkom in Beziehung, zur Pseudoleukämie und zum Granuloma malignum. In zwei Fällen von Pseudoleukämie fand K. daneben ein Lymphosarkom am Halse resp. im Rachen und in einem Falle von Granuloma fungoides ein solches in der Achselhöhle. — Am häufigsten sind die Lymphosarkome am Hals, nach dem Rachen, dem Gehirn, dem Larynx, der Schilddrüse übergreifend; aber auch von den Halsorganen, den Tonsillen, den Rachen- und Zungenfollikeln etc. können sie ausgehen, sich von da auf den Larynx fortpflanzend. Drei interessante Fälle berichtet der Verfasser und zeichnet

dabei klar das sich darbietende Bild. — Häufig ist das Lymphosarkom im Mediastinum, besonders im vordern, von hier auf Pleura und Pericard, Lunge, Ösophagus etc. übergreifend; ebenso häufig in den retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen. Peritoneum, Magen, Darm können ergriffen werden; interessant ist es, dafs im Dünndarm das Rohr auf lange Strecken infiltriert und erweitert, nicht wie bei Carcinom verengert wird. —

Die von K. gegebene Charakteristik trennt also scharf das Lymphosarkom vom Sarkom, bringt dasselbe eher in Verbindung mit der Pseudoleukämie, wenn es sich auch durch Bau und Wachstum von den pseudoleukämischen Tumoren unterscheidet. — K. will, dafs man lieber von einer „Lympho-Sarcomatosis" spreche, da mindestens stets die Drüsen und Follikel einer Region ergriffen sind. — Das Leiden ist ein deletäres, für den Arzt ein „noli me tangere". *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Lymphangioma cavernosum congenitum des Oberarms, von Otto Kiefer. (Inaugur.-Diss. Bonn 1892.) Die nicht zahlreich beobachteten Lymphangiome des Oberarms werden vom Verfasser aufgeführt und durch einen weiteren ergänzt. Es handelt sich um ein 2jähriges Kind, bei dem die Mutter 10 Tage nach der Geburt eine wallnufsgrofse Geschwulst am linken Oberarm bemerkte, die sich bald rötete. Eine Incision entleerte wasserklare Flüssigkeit, die Entzündung schwand, aber der Tumor hatte bald wieder die frühere Gröfse. In der folgenden Zeit erfolgte von Zeit zu Zeit ein Spontandurchbruch, bis die Geschwulst von Trendelenburg durch Total-Exstirpation entfernt wurde. — Verfasser bespricht dann die verschiedenen Arten der Lymphangiome, ohne etwas neues zu bringen. Dieselben können entstehen als Ektasien mit Hyperplasie, als Neubildungen, ausgehend von den Lymphgefäfsen (homoplastisch), und als Neubildungen, hervorgehend aus dem Bindegewebe (heteroplastisch) nach Bildung von Granulationsgewebe und cystischen Hohlräumen in diesem.

Therapeutisch kommt die Punktion, die Injektion von Jodtinktur, die Galvanokaustik in Betracht. Middeldorpf führte Platindrähte durch die Geschwulst und brachte diese zum Glühen, wodurch Gerinnung eintrat. Das rationellste Verfahren ist natürlich die Exstirpation. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis der Lymphcysten von Rudolf Frank. (*Internat. klin. Rundschau* 1893. No. 13.) Von den Halscysten sind die branchiogenen sicher die häufigsten und zuerst gekannten; sie sind bald eigentliche Dermoide, bald Cysten mit schleimigem und serösem Inhalte, mit Platten-, Cylinder- oder Flimmerepithel ausgebildet. Die Verschiedenheit des Inhalts wie des Epithels erklärt sich aus der ento- und ektodermalen Bildung der Kiemengänge. — Von diesen Tumoren unterscheidet sich das Hygroma congenitum, das von Köster als Lymphcyste durch Nachweis eines sie auskleidenden Endothels gekennzeichnet ist. Das genaue Studium der Cystenwandungen zeigte dann, dafs es auch andere, nicht angeborene Lymphcysten giebt. Als dritte Cystenart kommen die abirrenden Strumacysten hinzu. Die Bezeichnung „Hydrocele colli" kennzeichnet keine bestimmte Cystenart, ist eine mehr allgemeine. Verfasser wendet sich dann der Besprechung der monolokulären Lymphcysten am Halse zu, von denen nur wenige Fälle bekannt sind; er teilt zwei neue Fälle mit. Bei einer 54jährigen Frau entwickelte sich in den letzten vier Jahren in der Supraklavikulargrube ein grofser Tumor von geringer Spannung, fluktuierend, durchscheinend, an der Basis wenig verschieblich. Die Geschwulst konnte leicht ausgeschält werden und erwies sich als Lymphcyste. An derselben Stelle safs eine schlappe Geschwulst bei einem 38 Jahre alten Tagelöhner, die auch operativ entfernt wurde. — Diese beiden, wie ein von König angegebener hatten denselben Sitz und

waren nicht angeboren; die geringe Spannung scheint für sie charakteristich zu sein. — Der chemische Befund des Inhalts giebt keinen sicheren Anhaltspunkt. Man faſst sie wohl am besten als Retentionscysten auf. Im Anschluſs daran berichtet Verfasser über zwei cystische Lymphangiome am Oberschenkel und am Scrotum.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von ausgebreitetem Leucoderma idiopathicum, von Ludwig Karl. (Inaug.-Dissert. München 1892.) Ein 48jähriger Phthisiker datiert das Auftreten weiſser Flecken seit seinem 30. Lebensjahr. Es entstanden zuerst an der Brust weiſse Pünktchen, dann am übrigen Körper unter gleichzeitigem Weiſswerden der Haare. Zur Zeit bietet er sehr groſse und kleine, meistens symmetrisch angeordnete Leukodermaflecke, dazwischen die Haut stark bräunlich pigmentiert. Die Obduktion des an Tuberkulose zu Grunde gegangenen Patienten ergab mikroskopisch einen Befund, ähnlich dem von Riehl bei Leucoderma syphiliticum gemachten. — Im Anschluſs an diesen Fall erörtert Verfasser ausführlich die Entstehung des normalen Pigments, der Hyperpigmentierungen, die Pathologie des Morbus Addissonii, die bekannten Arbeiten von Neisser etc. über Leukoderma und vieles andere.

Verfasser betrachtet das Leukoderma als eine chronisch entzündliche Affektion im Gegensatz zu der neuropathischen Vitiligo. Die stärkere Pigmentierung der Umgebung durch Pigmentverschleppung geht nicht an, vielmehr muſs man mit Leloir annehmen, daſs im Gefüge der Zellen Veränderungen vor sich gehen, welche das Vordringen der Pigmentzellen verhindern, die dann nach der Peripherie ausweichen, wo sie weniger Widerstand finden, oder dieselben direkt schädigen oder gar vernichten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über multiple kongenitale Fibrome der Haut, von Hans Hasselbeck. (Inaug.-Dissert. München 1891.) Eine Frau mit zahlreichen, ca. 2700, kleinen und groſsen Fibromen der Haut ging, 37 Jahre alt, nach starkem Wachstum und Zerfall eines Tumors am Schlüsselbein zu Grunde. Die Untersuchung ergab als wesentlich die Bestätigung der v. Recklinghausenschen Ansicht von dem Zusammenhang der multiplen Fibrome der Haut mit den Nerven, der Auffassung derselben als Neurofibrome.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fälle von Keloid, von Welander. (*Nord. med. Archiv.* 1893. No. 3.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Keloid, die er im Krankenhause St. Göran beobachtet hat. Der eine Fall war ein sogenanntes spontanes Keloid, der andere ein Narbenkeloid. Verfasser meint, daſs es unrichtig sei, zwischen echten, spontanen und falschen Keloiden (Narbenkeloiden) zu unterscheiden. Als Ergebnis der therapeutischen Versuche meint Verfasser, daſs diese Tumorm am besten keiner oder wenigstens keiner eingreifenden Behandlung unterworfen werden sollten.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Behandlung der Keloide mit hypodermatischer Injektion von Kreosotöl, von Marie. Société médicale des Hôpitaux. Sitzung den 3. März 1893. (*Münch. Med. Wochenschr.* 1893. No. 12.) Marie betrachtet die Keloide als infektiöse Neubildung. Nicht nur, daſs nach Excision in einem Falle lokales Recidiv eintrat, sah Verfasser auch nach Skarifikation eines Keloid an verschiedenen Stellen Keloide auftreten, wo keine Wunden und Narben saſsen, und nimmt an, daſs das infektiöse Agens durch die Skarifikation in den Kreislauf gebracht ist. Deshalb empfiehlt Marie, von jeder Operation der Keloide abzusehen, sondern sie mit Injektionen von 20%igem Kreosotöl zu behandeln. Darnach schwillt die Oberfläche an und wird blaſs, nach 2—3 Tagen livide. Darauf treten Eiterherde auf, welche die Zerstörung der Geschwulst bewirken. Der Schmerz nach den Injektionen dauert mehrere Stunden. Diese Be-

handlung erzielt nicht nur Destruktion, sondern scheint auch sekundäre Verschleppung zu verhindern. Für Epithelurie und Lupus wäre sie auch vielleicht anwendbar.

Jessner-Königsberg i. P.

Über die primären multiplen Carcinome, von F. Mercanton. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1893. No. 334.) Es handelt sich um diejenigen Fälle multipler Carcinome, bei denen eine Vermehrung der Tumoren auf dem Lymph- oder Blutwege, sowie durch Implantation oder Inokulation ausgeschlossen werden muſs, d. h. bei denen man berechtigt ist, ein gleichzeitiges Auftreten mehrerer Tumoren unabhängig von einander anzunehmen. Solche finden sich in der Litteratur mehrfach verzeichnet (Kaposi, Schimmelbusch, Kaufmann, Abesser etc.) und beziehen sich meist auf innere Organe (beide Mammae, Uterus und Ovarien, Ovarien und Mamma, Darm und Mamma etc.). Die Haut betreffende werden mitgeteilt von Volkmann bei seniler Seborrhoe, von Kaposi nach Xeroderma pigmentosum, von Mandry (auf beiden Beinen), von Schimmelbusch und Kaufmann. Die vom Verfasser selbst beobachteten Fälle beziehen sich auf innere Organe (7 Fälle). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Regressive Ernährungsstörungen.

Calot hat mehrfach die **entstellenden Narben**, wie sie nach Vereiterung der Halsdrüsen zurückbleiben, mit dem Messer entfernt und durch Vereinigung der Wundränder mittelst dünner Fäden eine glatte, kaum sichtbare Narbe erhalten. Auch hat er, wo noch vereiterte Drüsen und Hautgeschwüre vorhanden waren, die Drüsen mitsamt der ulcerierten Haut weggeschnitten und die Wunde ebenfalls, ohne vorherige Drainage, zugenäht. Auch hier lobt er den Erfolg. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 116.) *Türkheim-Hamburg.*

Zur Kasuistik der Sklerodermie, von Joseph Lauffs. (Inaug.-Dissert. Bonn 1893.) Im Anschluſs an einen kurz mitgeteilten Fall bespricht der Verfasser die gesamte Pathologie der in letzter Zeit ja besonders von Dinkler und Wolters ausführlich bearbeiteten Sklerodermie in durchaus klarer Weise. Er faſst die Veränderungen in der Haut und den inneren Organen als denselben Proceſs auf: Eine Endo-, Meso- und Periarteritis mit Wucherung des Bindegewebes, eine Fibromatosis liegt allen Anomalien zu Grunde. Ob die Gefäſsveränderungen das primäre sind (Dinkler) oder das sekundäre, hält Verfasser für noch nicht spruchreif.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von Sclerodermia diffusa, von Franz Franken. (Inaug.-Dissert. Bonn 1892.) Zwei Fälle von Sklerodermie geben die Grundlage der Dissertation, die eingehend die Pathologie des Leidens erörtert, welches ja in $^3/_4$ bis $^4/_5$ der Fälle weibliche Personen heimsucht. Weder die viel beschuldigte Erkältung, noch der Rheumatismus, das Erysipel sind bestimmte ätiologische Momente. Die Vermutung von Hoppe-Seyler, daſs es sich um eine Infektionskrankheit handelt, ist durch nichts bestätigt. Die charakteristischen Veränderungen betreffen das Corium und Unterhautbindegewebe, sie kennzeichnen sich als kolossale Zunahme des Bindegewebes. Die Epidermis bleibt in der Regel normal; die Nagelsubstanz war häufig hypertrophisch; das Verhalten von Drüsen und Haaren ist nicht konstant. Abnorme Hautpigmentierungen sind nicht selten beobachtet. Knochenschwund ohne Verschwärung und Eiterung kommt vor. Von Interesse ist, daſs eine Komplikation von Sklerodermie und Morbus Addisonii wiederholt berichtet ist; jedoch handelt es sich wohl nur um Zufall. — Die Sklerodermie ist in Verbindung gebracht mit der Elephantiasis und als Folge einer Lymphstauung aufgefaſst; das ist wohl unrichtig. Andere betrachten das Leiden als Angio- oder Trophoneurose, jedoch haben drei genau unter-

suchte Fälle keine Veränderungen der Nerven gezeigt. Als wichtigste Veränderung erscheint sicherlich diejenige der Blutgefäfse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die klinischen Erscheinungsweisen der Syringomyelie, von H. Schlesinger. Wien. med. Klub, Sitzung v. 23. Nov. 1892. (*Prag. med. Woch.* 1892. No. 48.) Die Diagnose der Höhlenbildung am Rückenmark ist heute am ehesten möglich bei der Lokalisation im Grau der Halsanschwellung. Sie stützt sich auf die Symptomengruppen: 1. Aran-Duchenne'scher Muskelatrophie; 2. Sensibilitätsstörungen, vornehmlich partielle Empfindungslähmungen; zuweilen auch Lähmung des stereognostischen Sinns; 3. trophischen Störungen der Haut, Knochen, Gelenke, vasomotorische und sekretorische Anomalien. Bei weiterer Ausdehnung des Processes können okulo-pupilläre Symptome, Störungen von Hirnnerven einerseits, spastische Paraplegie, Blasen-, Mastdarmstörungen andererseits auftreten. Auch das Bild der amyotrophischen Lateralsklerose kann sich darbieten, die sich aber durch die Sensibilitätsstörung auszeichne. Durch Kombination mit anderen Leiden (Tabes) kann die Diagnose sehr erschwert werden.

Von trophischen Störungen sind die Beziehungen zur Morvanschen Krankheit hervorzuheben, die durch fünf Obduktionsbefunde im letzten Jahre klargelegt sind; dann diejenigen zur symmetrischen Gangrän. Auch die Akromegalie hängt mitunter mit der Höhlenbildung zusammen; die sensiblen Störungen weisen dann darauf hin. Endlich bot ein Fall von Syringomyelie auf der Klinik von Kaposi das Bild des Pemphigus foliaceus. Bemerkenswert ist, dafs eine Gesichtsfeldeinschränkung mitunter vorkommt, die aber, wie Frankl in der Diskussion bemerkt, als Folge einer associierten Hysterie von Charcot aufgefafst wird.

Ehrmann hat vor 6 Jahren bei einem an Pemphigus verstorbenen Falle ausgedehnte Syringomyelie gefunden, jedoch ist der Zusammenhang des Pemphigus mit dem Rückenmark kein konstanter. „Pemphigus" ist eine anatomische, keine ätiologische Diagnose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Morphoea mit Maculae atrophicae, von L. A. Duhring. (*Americ. Journ. of Medic. Sc.* November 1892.) Die Patientin ist eine 55jährige, brünette, magere, aber körperlich sonst gesunde Engländerin. Ihr Leiden besteht seit 1½ Jahren und hat allmählich die jetzige Ausdehnung gewonnen. Von der Affektion sind ergriffen der Nacken und die angrenzenden Partien des Hinterhauptes, die Brust unterhalb des linken Schlüsselbeines, die Handgelenke und Vorderarme.

Die Krankheit ist charakterisiert durch Läsionen, die je nach dem Entwickelungsstadium, in welchem sie sich befinden, ein anderes Aussehen zeigen.

Die Läsionen bilden entweder weifsliche Hautstellen oder deutlich umschriebene, vertiefte, narbenförmige weifsliche Flecken von verschiedener Gröfse, oder braunrote, pigmentierte, atrophische Stellen mit einem erhabenen, unregelmäfsig gestalteten Rande. Über diesen Stellen sieht man hier und da blaurote Venen verlaufen.

Verfasser bespricht die pathologische Anatomie und die Diagnose des Falles, der zu den Hautatrophien und nicht, wie einige Autoren es wollen, zu den Hypertrophien zu zählen ist. Er gehört zu den Fällen, wie sie Addison und E. Wilson zuerst beschrieben haben. Ähnliche Affektionen sind die Maculae und Striae atrophicae, die Atrophia cutis propria und einige Formen der Sklerodermie.

Die Behandlung dieser Fälle ist zumeist eine wenig erfolgreiche; die Prognose, je nach dem Stadium, in welchem sich die Krankheit befindet, mehr oder weniger günstig. — In einigen Fällen ist Arsenik, innerlich verabreicht, nützlich, in anderen, wie in dem vorliegenden, leisten lokale Einreibungen mit reizenden Salben, Massage, Elektricität bessere Dienste. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Teliangiektasien (Naevi vasculares) mit Sublimat-Kollodium, von COESFELD. (*Der ärztl. Prakt.* 1893. No. 13.) Nach Reklamation der Priorität für die Anwendung des Sublimatkollodiums für einen Kollegen MACK empfiehlt Verfasser dasselbe (1 : 8) auf das wärmste. Es wird mit einem Haarpinsel 1—2 mm den Rand überragend aufgetragen, durch Blasen zum schnellen Antrocknen gebracht, und dann noch 1—2 mal überschichtet. Nach 10—12 Tagen fällt der Ätzschorf ab, eine trockene, weiſse, oberflächliche und glatte Narbe hinterlassend. Eventuell wird die ganze Procedur wiederholt, bis alles verschwunden ist. Bei gröſseren Teliangiektasien soll man von aufsen nach innen ringförmig vorgehen. — Vor dem Cauterium actuale und vor rauchender Salpetersäure warnt der Verfasser; bei sehr groſsen Naevis bleibt nur die Excision übrig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Myxödem, von E. MENDEL. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 2.) Der Vortragende stellt im Verein für innere Medicin eine schon einmal demonstrierte, 58 Jahre alte Frau vor, die die klassischen Symptome des Myxödems zeigt: Starke Kachexie, psychische Schwäche, Mucingehalt des Parotisspeichels, Hautveränderungen. Die Haut ist blaſs, wachsartig mit einem Stich ins grünliche; auf den Backen rote Flecke. Das Gesicht und besonders die Augenlider sind stark geschwollen. Die Lippen sind wulsttörmig; am Kinn hängt ein dicker Hautwulst. Die Nackenhaut ist stark verdickt, der obere Teil des Nackens bildet eine unförmliche Masse. Dagegen kontrastiert die dünne Haut des Halses. Alle übrigen Körperteile zeigen Verdickungen der Haut, welche kühl und trocken ist; keine Schweiſsbildung. Die Kopfhaare sind spärlich und dünn, Lanugo ist nicht zu entdecken; die Drüsenausführungsgänge sind deutlich zu sehen; die Nägel sind niedrig, brüchig dünn, von Längsleisten durchzogen.

Durch Injektion eines Extraktes aus der Schilddrüse des Schafes ist nun eine nennenswerte Besserung erreicht: Patientin ist redseliger, kann sich freier bewegen; die Schwellungen haben nachgelassen. Der Puls, früher 60, ist auf 70, die Urinmenge von 1000 auf 1600 gestiegen. Die Temperatur, früher 34,8, ist jetzt 36,0—36,4. Nach einiger Zeit will M. die Patientin zur Demonstration etwaiger weiterer Erfolge wieder vorstellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Myxödem, von E. KRAEPELIN. (*Deutsches Archiv f. klin. Mediz.* Bd. 49. Heft 6.) Drei Fälle hat Verfasser beobachtet; bei zweien waren aufser gewissen psychischen Symptomen (Erregung, Sinnestäuschungen) Erhöhung der Muskelerregbarkeit, subjektives Kältegefühl, Schwinden der Infiltrationen mit Abnahme des Körpergewichts nachweisbar. Allen drei gemeinsam waren Parästhesien, Steigerung der Reflexe, Tremor, Erhöhung des elektrischen Leitungswiderstandes, Stumpfheit und Benommenheit, sowie die Hautveränderungen. — Konstant war auch eine Vergröfserung der roten Blutkörperchen, die Verfasser schon früher gefunden. Das specifische Gewicht des Blutes wie des Serums war erhöht durch Vermehrung der festen Blutbestandteile. Die Gewichtsmenge der roten Blutkörperchen war nur in einem Falle verkleinert. Der Fibringehalt hatte abgenommen, der Hämoglobingehalt zugenommen; ersterer Umstand bedingt eine langsamere Gerinnung des Blutes. — Alle diese Momente sind als wichtige Erscheinungen des Myxödems, als Ausdruck des gestörten Stoffwechsels anzusehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Myxödem, von HEIMON C. GORDINIER. (*New York med. Journ.* 1892. Bd. 56. No. 7.) Im ersten Falle handelt es sich um einen 42jährigen Mann, bei dem nach rheumatoiden Leiden sich ein Myxödem entwickelte. Aus der ausführlichen Krankengeschichte will ich hier nur die Veränderungen der Haut hervor-

heben, welche die Sektion des plötzlich an einer Pneumonie verstorbenen Kranken ergab: Die oberflächlichen Lagen der Epidermis schienen normal; an der Grenze des Rete und des Papillarkörpers bemerkte man eine Infiltration dichtgedrängter, kleiner Rundzellen. Das Bindegewebe der Papillen lag an einzelnen Stellen sehr dicht; an anderen waren die Bündel zart. — Der zweite Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen, das seit 2 Jahren erkrankt ist. Interessant ist, dafs auch ein Bruder, der an einer Lungenentzündung verstorben war, das typische Bild des Myxödems zeigte und auch das Aussehen einer Schwester ein myxödematöses war. — Bemerkenswert ist rauhe, schuppende, an Ichthyosis erinnernde Beschaffenheit der Haut an Armen und Beinen. Eine Besserung wurde bei der Patientin nicht erzielt; sie fand, dafs Pilokarpin ihr gut that, trotzdem dasselbe nie Schweifs oder Speichelfluſs erregte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung des Myxödems. Vorläufige Mitteilung, von F. Vermehren, Kopenhagen. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 11.)

1. Erster von Professor Howitz in Kopenhagen mittelst Fütterung von Glandula thyreoidea behandelter Fall von Myxödem. Die 42 Jahre alte, hereditär nicht belastete Frau zeigt das typische Bild des Myxödems. Die Behandlung mit gekochten Drüsen begann den 27. März; zuerst wurden täglich 4, später 2 Drüsenläppchen gegeben. Die Besserung begann schon 3 Tage nach dem Beginn der Kur und schritt schnell vor, so dafs am 17. April der Zustand ein vorzüglicher war. Wegen gefahrdrohender, stenokardischer Anfälle mit kleinem Puls mufste die Fütterung zeitweise ausgesetzt werden. — In noch zwei weiteren Fällen hat Professor Howitz die Wirksamkeit der Methode konstatiert.

2. Fall von sporadischem Kretinismus, der mit einem der Glandula thyreoidea von Kälbern entzogenen Stoffe behandelt wurde. Durch Glycerinextraktion und Alkoholfällung suchte Verfasser die wirksame Substanz der Schilddrüsen zu gewinnen. Diese, Kälbern entnommen und von Fett und Bindegewebe befreit, wurden fein gehackt, im Mörser zerstofsen, mit der doppelten Glycerinmenge übergossen und 24 Stunden an einem kühlen Orte hingestellt. Aus der dann mehrere Male durch hydrophile Baumwolle filtrierten Flüssigkeit wurde durch Alkohol ein graugelber Bodensatz ausgefällt und dieser bei schwacher Wärme getrocknet. Diesen Stoff prüfte Verfasser bei einem mit infantilem Myxödem, sporadischem Kretinismus behafteten Kranken und erzielte eine auffallende Besserung. — Das gewonnene Extrakt bezeichnet Verfasser als Thyreoidin.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Myxödem, gebessert durch Injektion mit Schilddrüsensaft, von Ralf Wichmann. (*Deutsche med. Woch.* 1893. No. 2.) Nachdem Schiff gezeigt, dafs mittelst Implantationen von Schilddrüsenstücken die schädlichen Folgen der Schilddrüsenexstirpation verhütet werden können, wurde später an Stelle der Implantationen die Injektion von Schilddrüsensaft gesetzt. Beim Menschen ist gegen Myxödem dieses Verfahren bisher fast nur in England versucht worden, und zwar mit Erfolg (Murray, Davies, Beatty, Carter). Verfasser teilt seine günstigen Erfahrungen bei einem Falle von Myxödem mit, einer 35jährigen Frau, deren Krankengeschichte er ausführlich wiedergiebt. Ebenso schildert er genau sein Verfahren bei der Gewinnung des Extrakts. Er injicierte zweimal wöchentlich das Extrakt einer ganzen Schilddrüse eines Schafes. Nach neun Injektionen ist eine solche Besserung eingetreten, dafs man jetzt die Diagnose auf Myxödem nicht mehr stellen kann. Wie lange die Besserung dauern wird, wie oft eventuell die Injektionen werden wiederholt werden müssen, darüber läfst sich nichts Bestimmtes sagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Myxödem mit der innerlichen Anwendung des frisch präparierten Schilddrüsenextraktes, von Hector W. G. Makenzie. (*The Brit. med. Journ.* 29. Oktober 1892.) Die Schwierigkeit der Bereitung der Extrakte aus der Schilddrüse zur subkutanen Injektion, die Entstehung von Ohnmachten, Krämpfen, lokalen Störungen veranlafsten Verfasser, die innerliche Anwendung der Schilddrüsen resp. des frisch bereiteten Glycerin-Extraktes zu versuchen. Er gab einem seit 4 Jahren an Myxödem leidenden Manne 2 Drüsen auf einmal im Extrakt oder in Substanz; im ganzen wurden 20 Drüsen verbraucht, von denen allerdings die Hälfte sofort durch Erbrechen wieder entfernt wurden. Die Resultate waren:

1. Beschleunigung der Pulsfrequenz, Temperatursteigerung, proportional der verabreichten Quantität.

2. Allgemeine Abnahme der Schwellungen und aller myxödematösen Symptome.

Es dürfte ½ Drüse täglich, oder 1 Drüse jeden andern Tag genügen; in Verbindung mit Brandy wird sie am besten vertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Myxödem, behandelt mit subkutanen Injektionen von Extrakt der Schafsthyreoidea, beschreibt Alex Napier. (*The Glasgow med. Journ.* 1892. No. 9.) Die 59 Jahre alte Kranke datiert ihre Krankheit seit der Menopause. Dies Extrakt wurde durch Glycerin und ½% Karbollösung ää gewonnen; die Dosis betrug 1 g pro die. Im ganzen wurden in zwei Monaten 16 Injektionen gemacht; der Erfolg war vorzüglich. — Jeder Injektion, die oft schmerzhaft war und auch zur Abscefsbildung führte, folgt eine Temperatursteigerung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alopecia praematura, von G. T. Elliot. (*New York Med. Journ.* 4. Februar 1893.) Verfasser hat in seiner Privatpraxis allein während der letzten 2½ Jahre nicht weniger als 234 Fälle von vorzeitigem Haarschwund behandelt, abgesehen von Favuskranken, Herpes tonsurans, ulcerativen und atrophischen Processen. Bei 207 der Kranken war die Alopecie die Folge von lokaler Erkrankung der Haut, d. h. von Eccema seborrhoicum. Frauen stellten ein gröfseres Kontingent (114) als Männer (93); gewöhnlich, und namentlich in Laienkreisen, nimmt man das Gegenteil an. Die früheren Bezeichnungen Pityriasis capitis, Alopecia pityrodes, Seborrhoea sicca summiert Verfasser alle als leichte Grade des Eccema seborrhoicum, welches er auch auf die Einwirkung von Mikroorganismen zurückführt. Wichtig ist aber, dafs er an der Hand mikroskopischer Präparate nachweist, dafs dieser Procefs nicht die Talgdrüsen, sondern die Zellen der Cutis selbst betrifft, indem die Epidermis eine mehr oder weniger hochgradige entzündliche Hyperplasie erleidet mit Abspaltung der sich als Schuppen klinisch präsentierenden Epidermisblättchen. Den Drüsengang fand er zwar oft mechanisch verschlossen, sonst aber waren diese Organe unverändert.

Philippi-Nieheim.

In der „Società lancisiana" der römischen Hospitäler demonstrierte Ciarrocchi die Barthaare eines 40jährigen Patienten mit **Trichorrhexis nodosa.** Aus denselben hat Vortragender einen dem Trichophyton tonsurans ähnlichen, jedoch gröfsere Sporen bildenden, auf den gewöhnlichen Nährböden gedeihenden Pilz kultiviert. Derselbe verbreitet sich aufserordentlich auf der Oberfläche des Haares, ohne jemals ins Innere einzudringen, und bildet an demselben eine oder mehrere (bis 5) steinharte knotige Verdickungen, während jenes selbst dicker, rauh und unförmig wird. (*Rif. med.* 1893. No. 90.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die neue Methode Peronis in der Favustherapie, von G. Massazza. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1893. fasc. I.) — Die Methode (Pulverisationen mit 5%iger Essigsäure) sollte die langdauernde, sehr schmerzhafte Epilation ersetzen und sich durch grofse Einfachheit und auffallend günstigen Erfolg auszeichnen. Ver-

fasser hat dieselbe an 3 Patienten, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, angewendet, fand aber die Resultate aufserordentlich wenig ermutigend, so dafs er deren Einführung zumal in Anbetracht des bedeutenden Zeitverlustes keineswegs befürworten kann. *C. Müller-Freiburg (Schweis).*

Über die neue von PERONI vorgeschlagene Behandlung des Favus, von REALE. (*Rif. med.* 1893. No. 8.)

Einige Favusfälle nach der Methode PERONIS behandelt, von GIOVANNINI. (*Terapia Clinica.* 1892. No. 11 u. 12.)

Die Verfasser haben die Methode, welche in Pulverisationen mit 5%iger Essigsäure besteht und die Epilation angeblich mit vorzüglichem Resultate ersetzen sollte, an zahlreichen Patienten versucht, durchwegs jedoch mit ungünstigem Erfolge.

C. Müller-Freiburg (Schweis).

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein Beitrag zur Lehre von den Harnfarbstoffen (Über das sogenannte Urorosein, Harnrosa), von HEINRICH ROSIN. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. 3.) Wenn man den Harn erwärmt und vorher oder nachher Salpetersäure zusetzt, aber die schnelle Bildung gelber Nitroprodukte vermeidet, dann bekommt man eine rötliche bis rosenrote Farbe. NENCKI und SIEBER haben aus pathologischen Harnen einen roten Farbstoff dargestellt, der im Spektrum einen Streifen im Grün giebt, und ihn Urorosein genannt. — Dieser Farbstoff bildet sich nach den Untersuchungen des Verfassers durch Einwirkung einer Mineralsäure in Verbindung mit einem Oxydationsmittel (atmosphärischer Luft) aus farbloser Muttersubstanz. Am allerstärksten ist die Reaktion bei Einwirkung von Salzsäure und Aq. Chlori. — Der Farbstoff ist von rosaroter Farbe, ist löslich in Wasser, verdünnten Mineralsäuren, Amylalkohol etc., — unlöslich in Äther und Chloroform —, bildet mit Alkalien farblose Salze, aus denen er durch Mineralsäuren wieder frei wird. Mit der gelben Farbe des Harns hat der Farbstoff nichts zu thun. — Dieses Urorosein findet sich in normalem Urin nur in sehr geringer Menge, mehr bei Pflanzenkost. Pathologische Harne besonders von Kranken, die erhebliches Darniederlegen des Stoffwechsels und starke Kräftekonsumption zeigen, erweisen sich als viel reicher an dem Harnrosa. — Genauere Mitteilungen sollen folgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Defekt der inneren Genitalien stellt LUWIG MANDL in der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien den 18. Oktober 1892 vor. Eine 27 Jahre alte Kranke, niemals menstruiert, ist seit 2 Jahren verheiratet. Sie ist klein, schwächlich, in der Entwickelung zurückgeblieben. Keine Andeutung einer Mamma; Haare der Achselhöhle und Pubes fehlen; die Vagina, knapp für einen Finger passierbar, ist 6 cm lang, endet blind. Uterus, Tuben, Ovarien fehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle von Pseudo-Hermaphroditismus masculinus bei zwei Geschwistern, von M. NONNE. (*Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten* 1890.) Die als Mädchen geltenden, 18 resp. 21 Jahre alten Geschwister, von denen die jüngere mit sekundärer Syphilis in das Hospital kommt, sind hermaphroditische männliche Individuen, während drei weitere Geschwister normal gebaut sind. Habitus, Stimme, Beckenbau haben bei der jüngeren einen männlichen Charakter; Behaarung an Brust und zwischen Nabel und Symphyse. Die 5 cm lange Klitoris ist eigentlich ein undurchbohrter Penis mit Rinne an der Unterfläche, die in die Urethra übergeht; derselbe hat oben ein zurückstreifbares Präputium. In den Labien sind Hoden und Neben-

hoden fühbar. Die Vagina ist ein 3 cm langer Blindsack. Weder Prostata noch Uterus sind nachweisbar. — Ähnlich ist die ältere Person gebaut.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hämaturie, von Verhoogen (*La Policlinique.* No. 4. 5. 6. 1893.) Der Vortrag giebt eine Übersicht der differenzialdiagnostischen Anhaltspunkte zur Bestimmung der Provenienz des Blutes bei dieser Affektion.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Harninfiltration, Harnabceſs, Harnfisteln, von M. Mendelsohn. (*Diagnostisches Lexikon für praktische Ärzte.* 1893.) Harninfiltration setzt eine Kontinuitätstrennung in dem Harnapparat und eine Behinderung des normalen Abflusses voraus. Erstere liegt meistens in der Harnröhre hinter einer Striktur, jedoch können auch Nierenbecken, Uretheren, Blase perforieren. Der Verlauf der Infiltration bei Verletzungen der Harnröhre ist ein verschiedener, je nachdem die Kontinuitätstrennung im vorderen oder prostatischen Teile sitzt. Die Folgen derselben sind erstens selbst bei saurem Urin örtliche Gangrän, zweitens durch Resorption heftige Allgemeinerscheinungen. Letztere sind weniger gefährlich bei der präfascialen Perforation als bei einer solchen hinter dem Diaphragma urogenitale. In letzterem Falle findet die Infiltration zunächst im Becken statt, der Urin dringt dann in den prävesicalen Raum und nach der vorderen Bauchwand oder gegen den Mastdarm und in das Cavum ischiorectale. Neben dem Anus kann dann eine Anschwellung auftreten, und es kommt schliefslich zu gangränösem Zerfall. Bei präfascialen Perforationen wird die Infiltration bald am Damm, Scrotum, Penis äufserlich erkennbar; auch hier ist Gangrän mit ausgedehnten Zerstörungen des Gewebes der Ausgang.

Harnabscesse entstehen durch Austritt von Harn durch eine enge Kontinuitätstrennung bei normalem oder wenig behindertem Abflusse des Harns. Sie können an jedem Punkte des Harntraktus entstehen, sind aber am häufigsten am Perineum zwischen dem mittleren Blatte der tiefen Dammfascie und der Ansatzstelle des Scrotum. — Zu den von der Niere ausgehenden Harnabscessen gehört auch die Paranephritis. Die Pyelitis giebt selten, häufiger die tuberkulöse Nephritis zu derselben Veranlassung. Die paranephritischen Abscesse treten in der Lendengegend zu Tage, können aber auch sich bis unter das Lig. Poupart. senken oder in Darm, Scheide, Blase, seltener in das Peritoneum perforieren. Sie sind diagnostisch besonders abzugrenzen gegen Psoasabscesse, bei denen die Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Beines besonders beachtenswert ist. — Abscesse, die von der Blase ausgehen, sind oberhalb der Symphyse, in der Darmbeingrube oder vom Mastdarm (resp. Scheide) aus fühlbar. — Die Harnröhrenabscesse können nach Trauma oder durch Ulceration der erweiterten Urethra hinter einer Striktur zu stande kommen und zwar subakut oder häufiger akut. Die objektiven Symptome ergeben sich aus dem Sitze des Abscesses. Derselbe kann nach der Harnröhre oder nach aufsen perforieren. — Die als Poches urineuses bezeichneten sackartigen Ausbuchtungen der Harnröhre und der Blase können auch Sitz von Eiteransammlungen sein; dieselben zählen aber nicht hierher. Eher gehören schon zu den Harnabscessen die abgeschlossenen Eiterungen der Cowperschen und Littréschen Drüsen und in der Prostata.

Harnfisteln können eine oder mehrere äufsere Mündungen haben; ihre Weite und Verlauf sind sehr verschieden. Zu den angeborenen Harnfisteln zählt das Offenbleiben des Urachus mit Austritt von Urin an der Nabelöffnung. Die Harnfisteln der Blase können durch Trauma (Geburt, Steinschnitt, Schufswunden), Geschwüre der Blase entstehen, aus Harnabscessen und Harninfiltrationen hervorgehen, oder auch im Gefolge von Eiterungen in der Umgebung der Blase (Perityphlitis etc.) sich entwickeln. Dieselben führen nach der äufseren Decke oder nach den Nachbarorganen.

Ein charakteristisches, aber nicht immer vorhandenes Symptom ist das Harnträufeln. — Bei Blasen-Darmfisteln pflegt Darminhalt häufiger in die Blase zu treten; starker Luftgehalt in der Blase beweist fast immer eine Kommunikation mit dem Darm, da eine ammoniakalische Zersetzung des Harns selten gröfsere Mengen Gas liefert. Durch Injektion einer Emulsion von Stärke und fein pulverisierter Holzkohle in den Mastdarm kann man bei einer Verbindung zwischen diesem und Blase den Nachweis zu führen suchen. — Die Harnröhrenfisteln kommen selten angeboren als Offenbleiben des Sinus urogenitalis vor, der dann in der Raphe des Scrotum oder am Perineum mündet. Die erworbenen Harnröhrenfisteln entstehen durch Trauma, Fremdkörper, und gehen gewöhnlich aus Harninfiltrationen und Harnabscessen hervor; sie können auch in den Mastdarm münden. Verfasser unterscheidet Wundfisteln, eiternde Fisteln und Narbenfisteln. Von Interesse ist die Steinbildung in den Fisteln. — Für die Diagnose der Harnfisteln ist die Feststellung der Eingangsöffnung wichtig. Permanentes Harnträufeln spricht natürlich für die Blase als Ausgangspunkt. Durch Einführung eines dicken Metallkatheters in die Blase und gleichzeitige Sondierung der Fistel ist meistens ein sicherer Beweis zu führen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lokalisation der Parotitis im Genitalapparat und seinen Adnexen, von J. Comby. (*Progrès médical.* 1893. No. 6 u. 7.) Auf Grund einer sehr einläfslichen Zusammenstellung der diesbezüglichen Litteraturangaben konstatiert Verfasser die grofse Seltenheit des Vorkommens von Orchitis in Begleitung der Parotitis im Kindesalter verglichen mit der Statistik beim Erwachsenen, wo auf 3 Fälle von Parotitis 1 Orchitis kommt. Die Metastasentheorie hält er für unwahrscheinlich, indem die Orchitis als Teilerscheinung der Allgemeininfektion betrachtet werden müsse. Das Verhältnis der einfachen zu den doppelseitigen Orchitiden gestaltet sich wie 8:1. Der Ausgang ist meist der zur Norm, zuweilen aber tritt Atrophie ein; ist diese beiderseitig, so kommt es zur Impotenz und Effeminatio.

„Spontane" Orchitiden sind nicht selten und müssen dann, wenn sie epidemisch auftreten und wenn Gonorrhoe ausgeschlossen werden kann, als Abortivformen der Parotitis angesehen werden. Übrigens kann in diesen Fällen die Parotitis nachfolgen, worin wir einen neuen Beleg gegen die Metastasentheorie erblicken können. Übrigens werden auch (von Verneuil) Fälle von Orchitis im Verlaufe von Angina angegeben, wobei es jedoch nicht sicher gestellt, ob dieselben nicht abortive Parotitiden betreffen.

Als weitere, wenn auch seltenere Begleiterscheinungen der Parotitis werden verzeichnet: Prostatitis und Urethritis, Ovariitis, Vulvitis, Mastitis und ein Fall von Thyreoiditis. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Massage der Prostata, von Ebermann. (*Intern. Centralbl. f. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg.* Bd. III. Heft 8.) Verfasser empfiehlt die Massage der Vorsteherdrüse beim Ausgange der akuten parenchymatösen Prostatitis, wenn noch Beschwerden beim Urinieren vorhanden sind, beim Ausgange der akuten Prostatitis in Abscesse zur Entfernung des Eiters aus dem Drüsengewebe in die Urethra, bei chronischer parenchymatöser Prostatitis mit Anschwellung der Drüse, bei Hypertrophien der Drüse, besonders den weicheren; der mittlere Teil der Prostata ist der Massage nicht zugänglich. Kontraindiciert ist sie bei akuter Prostatitis, bei noch nicht durchgebrochenen Abscessen, bei bösartigen Geschwulstbildungen, bei myomatöser und überhaupt bei harter Hypertrophie. (Verfasser weist mit Recht darauf hin, dafs dies Thema in klinischer Beziehung bei weitem nicht genügend ausgearbeitet sei, und doch wird jeder „Praktiker-Specialist" vielfach Gelegenheit haben, nach Gonorrhoe zurückgebliebene Prostataschwellungen in Behandlung zu bekommen, die ein ganz dankbares Objekt zur Behandlung durch Massage geben; auf die Weise wird

manche Prostatorrhoe, die mit Sonden und Psychrophor ohne besonderen Erfolg bearbeitet wurde, manche darauf beruhende sexuelle Neurasthenie zu einem erbaulichen Ende geführt werden können. Ref.) *F. Hahn-Bremen.*

Zur Massage bei Prostatitis, Nachtrag zu der in No. 44 1892 der Deutschen medizinischen Wochenschrift erschienenen Abhandlung von THURE BRANDT. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 51.) Um bei der Massage den schwedischen Gymnasten entbehren zu können, giebt BRANDT Vorschriften zu zehn von dem Patienten auszuführenden Selbstbewegungen, die im Original nachgelesen werden mögen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Varicocele, von HORTELOUP. (*La France médicale.* 26. Aug. 1892.) Die Varicocele ist die Folge einer Phlebitis (!) mit verdickten oder verdünnten Wandungen. Dieselbe tritt fast immer linksseitig auf und geht mit einer Atrophie des betreffenden Hodens einher. Wo kalte Waschungen, das Tragen eines Suspensoriums keinen Erfolg haben, da ist die Radikaloperation indiciert. HORTELOUP nimmt eine bilaterale Resektion des Scrotums vor und trägt eines oder beide venöse Plexus, die hinter dem Samenstrang liegen, ab. Zur Nahtanlegung hat er einen besonderen Apparat konstruiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung eiteriger Bubonen der Leiste durch subkutane antiseptische Durchspülung, von D. TRINKA. (*Wien. med. Woch.* 1893. No. 9.) Nachdem mit dem Bistouri mehrere Öffnungen in der Peripherie abscedierter Bubonen angelegt sind, wird die Höhle mit Kochsalzlösung oder $^1/_2$%iger Sodalösung oder einer rosafarbigen Lösung von Kalium permang. so lange durchgespült, bis kein Eiter mehr kommt. Dann wird 3%iges Karbolwasser oder 1%iges Thymolwasser injiciert und mehrere Minuten darin gelassen und darauf wieder gespült; zuletzt werden einige Gramme Jodoformemulsion oder Jodoformöl eingespritzt und ein komprimierender Verband mit Jodoformgaze, Holzwolle und einfache Watte angelegt. Nach 3—4 Verbandwechseln mit Wiederholung der Procedur ist gewöhnlich in 14—20 Tagen Heilung eingetreten, indem zuerst die centralen Teile sich anlegen. In 2 Fällen unter 22 trat Primaheilung der Höhle in 5 Tagen ein, in 3 Fällen machten zurückbleibende randständige kleine Höhlen nachträglich die Spaltung nötig. Ein walnufsgrofser, bei der Punktion blutender strumöser Bubo heilte bei demselben Verfahren, die Besserung trat aber erst nach der vierten Durchspülung ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Steinleiden berichtet SCHUCHARDT in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, Sitzung vom 14. März 1892. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 3.) SCH. entfernte bei einem 61jährigen Manne mehrere Blasensteine durch den Medianschnitt. Da auch Nierensteine konstatiert wurden, wurde die rechte Niere später freigelegt, die Kapsel gespalten, dann die Niere wie bei der Obduktion aufgeschnitten und eine grofse Zahl von Steinen aus dem Nierenbecken entfernt. Die Nierenwunde heilte ganz glatt ohne jede Fistelbildung. An neu gebildeten Blasensteinen ging Patient leider schliefslich doch zu Grunde. Bei der Sektion fand sich neben zahlreichen Steinen an dem linken Nierenbecken als interessanter Befund eine Hufeisenniere; beide Nieren waren durch einen fast membranösen bindegewebigen Strang verbunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Cystotomia suprapubica, von A. FORT. (*Revue chirurg.* 1893. No. 2.) Mit Hülfe dieser Methode extrahierte Verfasser einen Blasenstein von den Dimensionen $5 \times 4 \times 2$ cm, der sich um ein Blutkoagulum gebildet hatte: 8 cm langer vertikaler Schnitt von der Mitte der Symphyse aus durch Haut, Linea alba und Blase. Als Nachbehandlung: permanente Borsäurelösung-Irrigation (tropfenweise) während 5 Tagen

mittelst 2 Pezzerschen Sonden, von denen die eine durch die Abdominalwunde hindurch in die Urethra eingeführt wurde und zum Abfluſs des Blaseninhalts (Harn und Borsäurelösung) dient, die andere, in Verbindung mit einem Irrigationsapparat, den Zufluſs der Flüssigkeit zu besorgen hatte; letztere wurde am 5., erstere am 13. Tage nach der Operation entfernt. F. macht niemals die Blasennaht, überläſst vielmehr den Verschluſs sich selbst, was den Vorteil biete, daſs die Operation schneller zum Abschlusse gebracht werden könne, während andererseits die Vernarbung ebenso rasch, wenn nicht rascher zu stande käme wie nach der Naht. In dem vorliegenden, mit hochgradiger Cystitis verbundenen Falle trat nach 2 Monaten vollständige Heilung ein. *C. Müller-Freiburg (Schweiz.)*

Über suprapubische Prostatektomie, von Tuffier. (*Société de Chirurgie de Paris.* Sitzung den 10. Dezember 1892. *Allg. med. Centralzeit.* 1893. No. 12.) Ein 54jähriger Patient litt seit 1885 an Erschwerung des Harnlassens mit zeitweiliger vollkommener Retention. Die Entleerung gelang schlieſslich nur in gekrümmter Stellung und auch dann nur unvollkommen; der Katheterismus war schwach und führte zu Blutungen. Die Kraft des Detrusor war erhalten, da der Harn durch den Katheter in weitem Bogen entleerte. Eine Hypertrophie der Prostata des linken Lappens war die Ursache. Die Operation erfolgte mittelst suprapubischen Schnitts; Eröffnung der mit Borwasser gefüllten Blase; Excision des wallnuſsgroſsen Mittellappens, Naht der Prostata mit Katgut, der Blase mit Seide. Die Dauersonde wurde am 6. Tage fortgenommen, muſste aber am 9. wegen Hämaturie wieder eingelegt werden. Heilung. Die Operation wird im allgemeinen nur bei Hypertrophie des Mittellappens indiciert sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Warum recidivieren die Strikturen der Urethra? von C. Moullin. (*The Lancet.* 1892. No. 3611.) Die Struktur verengter Stellen in der Urethra ist eine verschiedene; bald besteht starre narbige, bald nur entzündliche Infiltration. Verfasser teilt die Strikturen ein in solche, bei denen die ganze Dicke der betroffenen Schleimhautpartie betroffen ist, und in solche, bei denen das nicht der Fall ist. Bei der gewöhnlichen Gonorrhoe kommen groſse Substanzverluste in der Regel nicht vor, die Kontraktur erfolgt durch entzündliche Exsudation, die Schleimhaut wird verdickt und nicht zerstört. Eigentliche Narben entstehen nur durch ungeschickten Katheterismus, diese führen dann zu häufigen Recidiven. Diese sind eben durch Narbenbildung bewirkt, die nur durch entzündliche Exsudation bewirkten Strikturen sind endgültig heilbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Katheter für Strikturkranke, von Schilling. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 21.) Verfasser hat analog dem le Fortschen Bougie, bestehend aus einem filiformen Bougie, welche an eine Metallbougie angeschraubt wird, einen Katheter hergestellt, indem er statt der Metallbougie einen Metallkatheter anschraubte. Nach Einführung der Leitungssonde wird dieser Katheter an ihr befestigt und das Ganze weiter vorgeschoben, bis der Katheter in der Blase ist; dabei rollt sich die Leitungssonde in letzterer auf. Wo man bei Strikturen mit Kathetern mittleren Kalibers nicht zum Ziel kommt, soll man diesen Katheter benutzen, mit dem man niemals falsche Wege machen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie der Cystitis, von Johannes Müller. (*Virchows Archiv.* Bd. 129. No. 2.) Rovsing erzielte durch Injektion von den aus cystitischen Harnen gewonnenen Reinkulturen von Bakterien in die Blase, wenn sie mehrere Stunden darin blieben, heftige Cystitis mit NH_3-Gehalt im Harn; diesen konstatierte er auch unter 30 Fällen menschlicher Cystitis 29 mal. Durch Impfung von angeblich NH_3-freiem Harn mit

Cystitisbakterien erzielte er NH_3-Bildung in demselben. Infolgedessen schreibt Rovsing dem NH_3 die gröfste Wichtigkeit zu, da dieser die Veränderung in der Blasenwand bedingt; die harnstoffzersetzende Wirkung der Bakterien ist das Wichtigste, die pyogene kommt in zweiter Reihe; nur die Tuberkelbacillen wirken rein pyogen. Müller sucht nun die Beweise von R. zu entkräften: der von R. verwendete Urin war von vornherein NH_3-haltig; steriler NH_3-haltiger Harn ist nicht pathogen für die Blase; die gewöhnliche Cystitis geht nicht mit ammoniakalischer Beschaffenheit des Urins einher. Verfasser schliefst daraus, dafs die pathogenen Mikroorganismen meistens keinen zersetzenden Einfluſs auf den Harnstoff ausüben, und der NH_3, wo er sich bildet, keine schädliche Wirkung auf die Blase ausübt. Die Blasenveränderungen bei Bakterieninvasion hängt ab von Stoffwechselprodukten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Urethritis non gonorrhoica, von Paul Minguet. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 1323.) Das Vorkommen dieser nicht specifischen Harnröhrenentzündungen ist nicht ganz selten. Sie werden nach Verletzungen, nach bestimmten Medikamenten und bei verschiedenen Dyskrasien beobachtet. Sie verlaufen im allgemeinen schneller und schmerzloser als der Tripper und gehen seltener in die Pars posterior über. *Türkheim-Hamburg.*

Pillulae anaphrodisiacae, von L. Raynaud. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 728.)

Camphor. monobrom.
Lupulin. ā 1,5
Secal. corn. 1,0
Sapon. med. q. s. ut f. pill. No. XX.
S. Tgl. 2—4 Pillen. *Türkheim-Hamburg.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Therapeutische Mitteilungen. I. Zur Behandlung der Gonorrhoe, von Ernst Gebert. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 4.) In der Poliklinik des Herrn Blaschko wurden in den letzten vier Jahren ca. 650 Fälle von Gonorrhoe beobachtet. Das Verhältnis der an Gonorrhoe Leidenden zu den anderen venerisch Kranken betrug im Jahre 1889: 24%, 1890: 50%, 1891: 46%, 1892: 48%. Ganz frische, unkomplicierte Gonorrhoe wird mit der Darreichung von Balsamicis, und zwar vorzüglich von Ol. Santali 3,0 pro die, meist in Kapseln à 0,5, dreimal täglich 2 Kapseln geheilt. Falls solche nicht geschluckt werden können, dann *Ol. Menth. pip.* gtt. X.

Ol. Santali ad 15,0
MDS. 3mal täglich 15 Tropfen.

Macht das Ol. Santali Beschwerden, so wird es ausgesetzt, oder Bals. copaivae in Kapseln à 0,6 3mal täglich 2 Stück dafür gegeben. Wird auch dieses nicht vertragen, dann werden Injektionen von Sol. Zinci sulfurici 0,5:100,0 oder Sol. Kal. permang. 0,1:200,0 lauwarm 3mal täglich gemacht. Die Vorschriften für die Lebensweise bestehen darin:

1. Der Patient mufs für täglich 1—2maligen Stuhlgang sorgen.

2. Verboten sind anstrengende körperliche Bewegungen, wie Turnen, Tanzen, Kegelschieben, viel Laufen, sowie vor allem die Ausübung des Beischlafs.

3. Verboten sind Bier, Schnaps, Wein, saure Getränke, ferner Käse, Mostrich und andere scharfe Gewürze.

4. Das Glied ist stets rein zu halten, täglich mehrmals mit kaltem Wasser zu waschen, bei starkem Ausfluſs ein Wattebäuschchen vor die Harnröhrenmündung zu

legen. 15—20% der akuten Gonorrhoen heilten ohne Einspritzungen beim Gebrauch des Ol. Santali in 1½—3 Wochen; bei den übrigen wurden dann Injektionen von Sol. Zinc. sulfur. (0,75—1,01 : 00,0) oder Sol. acid. tann. (1,0—2,0 : 200,0) oder Sol. acid. nitr. (0,03 : 100,0) angewandt.

Von den Komplikationen wurden in 7% Epididymitiden beobachtet; dieselben wurden durch Ruhe im Bett und Eisumschläge behandelt, bei grofsen Schmerzen am Samenstrang wurden einzelne Blutegel angesetzt. Nach 3—4 Tagen wurde ein Verband mit einer möglichst dünnen, 4 cm breiten und 2 m langen Gummibinde angelegt. Besteht als Komplikation eine Urethritis posterior und Cystitis, so mufs mit jeder Einspritzung aufgehört werden, Ruhe und salinische Abführmittel, Mandelmilch, Extract. Belladonnae und Natr. salcyl. oder Salol (alle 2—3 Stunden 1,0), Thee aus Semen lini mit Fol. uvae ursi sind dann indiciert, später können Berieselungen mit schwachen Argentumlösungen (1,0 : 2000,0—3000,0) angewandt werden. Abscedierungen des periurethralen Gewebes, sowie der Inguinaldrüsen wurden selten beobachtet. Bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe kommt aufser der Injektion die mit der Salbensonde oder mit tiefen Injektionen mittelst des Guyonschen Katheters und angesetzter Pravazspritze in Betracht. Zu den Salbensonden bedient sich Blaschko der „blonden" elastischen Bougies mit olivenförmiger Spitze, die er mit einer ziemlich zähen Salbe bestreicht und dann in Paraffinum liquidum taucht. Dieselben werden 2mal wöchentlich eingeführt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über mechanische Behandlungsmethoden der chronischen infiltrierenden Urethritis spricht H. Lohnstein in der Hufelandschen Gesellschaft. Sitzung am 4. Mai 1893. (*Deutsch. Medicinalztg.* 1893. No. 42.) Aus den verschiedenen Ansichten über chronisch-infiltrierende Urethritis geht soviel als sicher hervor: 1. dafs es zu Veränderungen des Epithels und der Schleimhautdrüsen, 2. dafs es zu Veränderungen des subepithelialen und glandulären Gewebes kommt. Das Endstadium bilden Narben, deren Genesis nicht mehr erkennbar ist. Die übliche Behandlung mit Dilatatoren und Salbensonden werden nicht den verschiedenen Ursachen gerecht. Lohnstein hat nun einen Dilatator mit vier Armen konstruiert, welche nach zwei Ebnen auseinandergehen; um gleichzeitig die Schleimhautoberfläche zu beeinflussen, werden Spülungen mit Spülkathetern vorgenommen. Drei Dilatatorien genügen für alle Fälle. Dehnung und Berieselung mit heifser (45—50°) Lösung von Kalium permanganicum oder Borsäure werden alle zwei bis drei Tage vorgenommen und gut vertragen; die Reizung ist unbedeutend, die Einführung des Instruments nicht schwierig. Frische Infiltrate sind in 4—5 Sitzungen beseitigt. Von 86 Patienten sind 74 geheilt und zwar in einem Zeitraum von drei Wochen bis zu drei Monaten. Blutungen nach unvorsichtiger Dilatation hatten keine böse Folgen.

Mankiewitz und Mendelsohn fürchten Verletzungen der Schleimhaut, ein Einwand, dessen Bedeutung Lohnstein aber auf Grund seiner Erfahrungen in Abrede stellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis, von Dr. v. Watraszewski. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1893. No. 20, 21.) Die Behandlung chronischer Urethritis beginnt man mit Injektionen einer Argentum nitricum-Lösung (0,01 bis 0,02 · 120,0 2mal tägl.), bis die Sekretion des vorderen Urethralabschnittes beseitigt oder wenigstens erheblich vermindert ist. Sodann wird bei Beteiligung der Blase diese täglich mittelst weichen Katheters zuerst mit lauwarmem (35° C.) destillierten Wasser gereinigt und dann 200—300 g der genannten Lösung in dieselbe injiciert und später vom Patienten spontan entleert. Die anfänglich sich zuweilen einstellende Blasenreizung hört nach einigen Sitzungen auf. Gleichzeitig giebt man innerlich Ol. Terebinth.

rectificat., 3mal täglich 10 Tropfen, in Milch nach dem Essen. Ist die Blase gesund, dann benutzt Verfasser einen weichen Katheter, in dem das eine Fenster durch eine Reihe kleiner, nebeneinanderstehender Seitenöffnungen ca. 1 cm von der Spitze ersetzt ist. Der Katheter steht mit einer Spritze (100—150 g haltend) in Verbindung. Nach Austreibung der Luft wird der Katheter eingeführt und dann die Spritze langsam entleert. Der Katheter mufs so tief eingeführt sein, dafs die Flüssigkeit neben ihm abfliefst. Um die hintersten Abschnitte zu treffen, wird die Glans eine Zeit lang komprimiert. Die in die Blase getriebene Flüssigkeit entleert der Patient auf natürlichem Wege. Akute Blasen-, resp. Nebenhodenreizung kommt nur ausnahmsweise vor. Der Katheter darf nicht zu dick sein (15 Charrière). Nach 2—3 Wochen täglich wiederholter Injektionen sistiert meistens der Ausflufs. Stärkerer Harndrang kommt vor, ist aber nicht von Bedeutung. Als Lösung verwendbar ist vornehmlich auch hier das Argentum nitricum (6 Tropfen einer 10%igen Lösung auf 300,0 Wasser, steigend bis zu 10—15—20 (!) Tropfen). — Wo dieses nicht vertragen wird, sind Tanninlösung (15—20 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300,0 Wasser), Zinc. sulfur. (10 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300,0 Wasser; allmählich steigen), Acid. carbol. (10 Tropfen der konzentrierten Lösung auf 300,0 Wasser), Kalium permanganicum (10—15 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300,0 Wasser) zu verwenden. — Dieses Verfahren läfst nur sehr selten im Stich. Zuweilen stellt sich eine Hypersekretion der Urethra ein, die an dem spärlichen, durchsichtigen, specifisch leichten Sekret zu erkennen ist und unter exspektativer Behandlung schwindet; kalte Bäder und Abreibungen befördern das Schwinden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neues Instrument für die Behandlung der Urethritis, von J. W. Williams. (*Med. News.* 7. Jan. 1893.) Dasselbe besteht aus einer dünnen, geraden Metallröhre, an deren unteres Ende ein olivenförmiger Kopf (von verschiedenen Gröfsen) angeschraubt wird. Letzterer ist ebenfalls hohl und hat vier nach hinten gerichtete Ausflufsöffnungen. Verfasser hat durch die Anwendung des Instrumentes (Tiemann & Co.) zur Ausspülung der Harnröhre bei chronischer Entzündung gute Resultate erzielt. Er gebraucht aufser reinem, warmem Wasser auch eine Lösung von übermangansaurem Kali (1 : 10000), Thiersche Mischung und einfache Kochsalzlösungen. Das Instrument ist seiner Einfachheit und Zweckmäfsigkeit halber entschieden empfehlenswert. *Philippi-Nieheim.*

Die Urethritis chronica und ihre Folgen, von Tuffier. (*Bull. méd.* Nov. 1892.) An der Hand von Beispielen aus der Gynäkologie beschreibt Verf. die schweren, in ihrer Natur nur zu oft verkannten Folgen der gonorrhoischen Infektion. Zur Illustration der Virulenz der Urethritis chronica dürfte der bakteriologische Befund zahlreicher vom Verfasser untersuchten Fälle dienen: Von 185 Patienten, deren Krankheitsdauer 8 Monate bis 2 Jahre und darüber betrug, konnten bei 100 Gonokokken, bei den anderen sonstige pyogene Mikroorganismen nachgewiesen werden.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die auf Gonokokken beruhenden Periurethralabscesse, von Welander. (*Nord. med. Archiv.* 1892. No. 28.) Verfasser glaubt, dafs ein sehr grofser Teil derselben auf Mischinfektion beruht, doch kommen Fälle vor, welche vermuten lassen, dafs die Gonokokken auch allein diese Komplikation verursachen können. Verfasser teilt zwei Fälle mit, wo nur Gonokokken mikroskopisch nachgewiesen waren, und wo das Ergebnis der Kultur ein negatives war, was ja nie einzutreffen pflegt, sobald sich nur die geringste Anzahl von Staphylokokken findet. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhoe? von E. Samter. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 13.) 12 Fälle von Gonorrhoekranken, die reichliche

Sekretion und zweifellose, oft massenhafte Gonokokken aufwiesen, aber keinerlai Komplikationen zeigten, erhielten zunächst 1%ige Lösungen zu 3mal täglicher Injektion, daneben die unerläfslichen diätetischen Mafsnahmen; in keinem einzigen Falle hatte sich aber nach 6tägigem Gebrauch der Zustand anders gestaltet, als bei anderen Injektionen. Bei 2%igen Lösungen war der Befund nach 4 Tagen derselbe, nur in einem Falle waren die Gonokokken geschwunden. Als sich gegen Ende der vierten Woche in den anderen Fällen der Zustand nicht besserte, ging S. zu anderen Injektionen über.

Daraus geht hervor, dafs das Alumnol nicht mehr leistet, als die anderen bekannten Medikamente. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus uro-genitalis, von Dr. L. Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 13.) 40 Fälle hat C. mit Alumnol behandelt und zwar 12 akute, 20 chronische Gonorrhoen, 4 Epididymitis gonorrhoica, 2 Adenitis post gonorrhoeam, 2 Ulcus molle. Was die akuten Gonorrhoen anbetrifft, so liefs zwar in der Mehrzahl der Fälle die Sekretion nach 3 Mal täglichen Injektionen einer 1—2% Lösung nach, in einigen wenigen wurde sie verstärkt, dann äufserten die schwächeren Lösungen eine sekretionsbeschränkende Wirkung. Erhebliche Schmerzen verursachte das Mittel in keinem Falle; allein die Gonokokken schwanden nur in 2 Fällen. In jenen 10 Fällen fehlten die Gonokokken nur dann, wenn innerhalb der nächsten 3 Stunden nach stattgehabter Injektion untersucht wurde. Perifollikuläre Entzündungen waren in jenen 10 Fällen nur 2 Mal nachzuweisen. In 7 Fällen trat Heilung nach 5 bis 6 Wochen ein, in den anderen 5 blieb die Sekretion bezüglich das Auftreten von Urethralfäden bestehen, sie wurden chronisch. Ist also das Alumnol für die Behandlung der akuten Gonorrhoe nicht schlechter und nicht besser als die früher gebräuchlichen Mittel, so steht es in seiner Wirksamkeit auf die Gonorrhoea chronica dem Arg. nitr. nach. Die Sekretion nimmt unter sachgemäfs geleiteter Argent.-Behandlung fast regelmäfsig ab, man sieht Heilung — Verschwinden der Gonokokken, Nachlafs der Sekretion — in einem gröfseren Bruchteil der Fälle auftreten, als es bei den mit Alumnol behandelten der Fall war. Das Alumnol erzeugt aber keine Schmerzen und ruft keine Blasenreizung hervor. Bei Epididymitis gonorrhoica wurde durch 10—50% Alumnol-Guttaperchapflaster und darüber gelegte feuchte Watte und Spannsuspensorium-Verband wie bei jeder anderen Behandlung Besserung erzielt. Bei Lymphadenitis inguinalis erzeugten die 1%igen Alumnol-Injektionen in das Unterhautbindegewebe gar keine Einwirkung. In 2 Fällen von Ulcus molle wurde mit reinem Alumnol, später mit Alumnol und Amylum āā schnelle Heilung erzielt.

L. Hoffmann-Berlin.

Gonorrhoea Recti, von G. Dock. (*Med. News.* 25. März 1893.) Bei einem 25jährigen Barbier, der wegen Tripper und angeblicher Spermatorrhoe in Behandlung kam, wurde gelegentlich eine gonokokkenhaltige, eiterige Absonderung aus dem Rektum und intensive Entzündung der Rektalschleimhaut konstatiert. Höchstwahrscheinlich entstand diese Affektion dadurch, dafs der Kranke von den „wilden" Ärzten mittelst Sonden und gleichzeitiger Einführung von Mastdarmsuppositorien behandelt worden war. Während seines Aufenthalts im Hospital wurden alle Symptome gebessert, aber nicht völlig beseitigt. Verfasser führt einige weitere Fälle aus der Litteratur an.

Philippi-Nieheim.

Der Gonococcus in seinen Beziehungen zur Gonorrhoe des Weibes, von M. A. Crockett. (*Buffalo Med. und Surg. Journ.* 1893. No. 8.) Verfasser bespricht die durch Gonokokken bewirkten zahlreichen Genitalleiden der Frau und richtet die dringende Mahnung an alle Ärzte, die Urethralgonorrhoe der Männer gründlich zu behandeln. Vor der Ehe mufs jeder, der Tripper gehabt hat, darauf untersucht

werden, ob er völlig gesund sei. Dazu bedarf es der Prüfung des nach vorhergegangener Reizung durch Silberlösung gelieferten Sekrets durch das Wertheimsche Kulturverfahren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe des Weibes, von Dr. Brösе in Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 16, 17 u. 18.) Verfasser kommt nach seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist nicht daran zu zweifeln, dafs die Gonokokken die Ursache der Gonorrhoe sind, aber die mikroskopische Untersuchung zur Stellung der Diagnose der Gonorrhoe hat nur geringen Wert, da die Gonokokken in vielen Fällen von Gonorrhoe nicht nachweisbar sind, wahrscheinlich weil sie Involutionsformen annehmen. Nur das Züchtungsverfahren ist eine zuverlässige Methode, um bakteriologisch eine Gonorrhoe nachzuweisen. 2. Es giebt keinen latenten Tripper der Männer, wie Nöggerath und Lawson Tait annahmen, sondern bei sorgfältiger Untersuchung lassen sich immer noch bei Männern, welche inficieren, Veränderungen entzündlicher Art in der Urethra nachweisen. 3. Die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe ist durch die sorgfältige Beobachtung aller klinischen Symptome auch ohne bakteriologische Untersuchung fast immer zu stellen. Ganz besondere Beachtung zur Sicherung der Diagnose verdient aufser der Anamnese bei Ehefrauen die sorgfältige Untersuchung des Mannes, ferner die Berücksichtigung der Lokalisationen der Gonorrhoe im Scheideneingang. Sehr häufig vorkommend ist die chronische Urethritis und der Katarrh der Lakunen des Harnröhrenwulstes. 4. Die Therapie mufs darauf gerichtet sein, bei Verheirateten nicht nur die Frau, sondern auch den Mann gonorrhoefrei zu machen. Ist der Mann unheilbar, so richte man die Behandlung der Frau darnach ein. 5. Will man eine Frau gonorrhoefrei machen, so unterziehe man auch die Lokalisationen der Gonorrhoe im Scheideneingang (am besten mit starken Chlorzinklösungen, 50%) und nicht nur den Uterus der Behandlung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Behandlung der Gonorrhoe und der gonorrhoischen Erkrankungen im kleinen Becken beim Weibe, von C. C. Frederick. (*Buff. Med. u. Surg. Journ.* 1893. No. 8.) Bei akuter specifischer Vaginitis sollen neben Bettruhe heifses Wasser und Ausspülungen mit 50% Lösung von H_2O_2 oder 10% Lösung von Zincum sulfuricum vorgenommen werden. Später wird dann Vagina und Vulva mit 10% Silberlösung im Speculum ausgepinselt. Ist Cervix oder Endometrium ergriffen, dann wird nach Dilatation mit Laminaria ausgekratzt, mit 10% Silberlösung geätzt und mit Jodoformgaze tamponiert, welche nach 24 Stunden entfernt resp. erneuert wird.

Die gonorrhoischen Entzündungen der Adnexa erheischen eine exspektative Behandlung. Bei Eiterungen ist operatives Eingreifen, Entfernung der Adnexa nötig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Gonorrhoe des Weibes, von Witte. Von 288 Gonorrhoe-Fällen der Martinschen Poliklinik hatten 68 Gonokokken, und zwar 18 in der Vagina, 42 in der Urethra, 3 im Cervix, 10 in der Salpinx Eiter. Unter 22 Fällen von Vulvovaginitis kleiner Mädchen hatten 13 Gonokokken. Die Condylomata acuminata sind ein sehr wichtiges Zeichen der Gonorrhoe, während die Bartholinitis meistens durch andere Infektion (Schanker, Syphilis, Puerperalfieber) bewirkt wurde. Es kann Oophoritis und Peritonitis bestehen ohne Salpingitis, so dafs man annehmen mufs, dafs die Gonokokken vom Endometrium durch die Lymphbahnen zum Bauchfell gelangen können. Entsprechend den Lebensbedingungen der Gonokokken hindern Temperaturerniedrigungen ihr Wachstum, welches andererseits durch Blutzufuhr vermindert wird; Kongestionen zum Becken sind deshalb zu vermeiden. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1893. No. 21.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Gonorrhoe bei kleinen Mädchen, von Emil Kaufmann. (Inaug. Dissert. Bonn 1892.) Eine ausführliche Darstellung der nicht spärlichen Kasuistik von Vulvovaginitis purulenta bei kleinen Mädchen, der auch 4 eigene Fälle angereiht sind, leitet die Arbeit ein. Das Vorkommen dieses Leidens auch auf nicht specifischer Grundlage ist nicht ganz in Abrede zu stellen; besonders sind in die Vagina aus dem Darm übergewanderte tierische Parasiten Urheber des Ausflusses. Der Gonokokkenbefund ist entscheidend. Auffallend ist, dafs bei Kindern gerade Vulva und Vagina von der Gonorrhoe ergriffen sind, während bei der erwachsenen Frau diese meistens frei bleiben, dagegen Urethra und Cervix oft der Sitz des Leidens werden. Die zartere Beschaffenheit des Epithels erklärt die Differenz. — Selten sind bei Kindern die Gelenkaffektionen als Komplikationen beobachtet. — Der Verlauf ist stets ein sehr protrahierter, das Allgemeinbefinden ist fast niemals gestört, tötlicher Ausgang ist durch Peritonitis möglich. — Die Entstehung ist selten eine direkte, meistens eine indirekte durch Gegenstände etc. Dagegen nimmt Epstein als häufigste Ursache die Infektio intra partum an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über gonorrhoische Gelenkentzündung bei Kindern, von Guinon. (*Annal de derm. et de syph.* 1893. S. 222.) Mitteilung eines Falles, der ein 2½jähriges Mädchen betraf. Neben der Vulvitis bestand eine Entzündung des rechten Fufsgelenks, die aber rasch heilte. *Türkheim-Hamburg.*

Tripperrheumatismus bei kleinen Mädchen, von M. A. Béclère. (*Journ. de méd. de Paris.* 1892. No. 29.) Bei zwei kleinen Mädchen traten Gelenkentzündungen nach eiterigem Ausfluſs aus den Genitalien auf. Das eine, 5 Jahre alt, durch ein Stuprum gonorrhoisch inficiert, zeigte eine Arthritis des linken Daumens und eine Tendovaginitis der zugehörigen Extensoren.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein 20 Monate altes Mädchen, das von einer sehr schmerzhaften Arthritis des Tibiotarsalgelenks zeugt mit starkem Fluor aus den Genitalien. Die Mutter leidet an einem gleichen Ausfluſs. Gonokokken wurden nicht gefunden.

Deutschmann hat bei zwei Neugeborenen mit Ophthalmia neonatorum eiterige Gelenkentzündungen gefunden und Gonokokken in dem Eiter nachgewiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Spinale und nervöse (hysterische) Erscheinungen während der Blennorrhoe, von L. Raynaud. (*Revue de méd.* 1892. No. 3.) Verfasser berichtet über zwei Fälle:

Ein 20jähriger Mann bekommt im Anschluſs an eine Gonorrhoe eine Gonarthritis rheumatica, Abmagerung, Muskelatrophie, Marasmus, Decubitus, Tod. Diagnose: Myeletis. Keine Obduktion.

Ein 24jähriger Mann bekommt im Verlaufe einer Gonorrhoe Schmerzen im linken Knie und Fufsgelenk etc. Dazu kommen Decubitus, Paraplegie mit erhaltener Sensibilität, heftige Schmerzen in den Beinen und der Lendenwirbelsäule, Schwinden der Reflexe. Die Behandlung hat keinen Erfolg. — Plötzlich tritt Besserung und Heilung nach 14 Monaten ein.

In beiden Fällen ist der kausale Zusammenhang nicht sicher bewiesen.

Jessner-Königsberg i. P.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 5. 1. September 1893.

Aus der böhmischen dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. Janovský in Prag.

Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks.

Von

Dr. Heinrich Mourek,
klinischem Assistenten.

Das klinische Studium der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks erfuhr — wie schon Oppenheim erwähnt — ein besonderes Geschick. In vielen Fällen, wo — wie der Befund im Gehirn und den übrigen Organen zeigt, — die syphilitische Natur dieses Leidens aufser Frage steht, überwiegen die klinischen Symptome seitens des Gehirns derart, dafs man die der spinalen Syphilis eigenen Symptome von dem Chaos der übrigen Erscheinungen nicht zu unterscheiden vermag. Umgekehrt, wo wieder das Spinalleiden als solches wohlcharakterisiert ist, können die Pathologen aus ihren Befunden den syphilitischen Charakter des Processes mit voller Sicherheit nicht erkennen. Dafs die Syphilis des Rückenmarks allein, ohne auch das Gehirn zu ergreifen, überaus selten vorkommt, darin stimmen sowohl die Kliniker, als auch die Anatomen überein.

Die kleine Zahl solcher reinen Fälle vermehrt ein auf unserer Klinik beobachteter Fall, welcher, sowohl vom klinischen, als auch anatomischen Standpunkt aus betrachtet, wohlcharakterisiert ist.

Bekanntermafsen müssen wir zwei Formen dieses Leidens unterscheiden, die in Bezug auf den histologischen Befund und die Entwickelung sich wohl aufserordentlich ähnlich sehen, vom klinischen Standpunkt

aus jedoch nichtsdestoweniger scharf getrennt werden müssen. Die erste Form ist die diffuse, die zweite die circumskripte syphilitische Erkrankung. Die letztere ist im Rückenmarke eine höchst seltene Erscheinung. — Und gerade um einen solchen Fall handelt es sich hier. Derselbe wird ein weiteres Interesse auch dadurch erregen, dafs er, wie nur wenige, schon von den ersten Anfängen der klinisch wahrnehmbaren Symptome ab bis zu seinem letalen Ausgange beobachtet werden konnte und daher in vieler Hinsicht zu den weniger bekannten Symptomen dieser seltenen Erkrankung etwas beitragen kann.

M. V., Finanzwacheoberaufseher, 34 Jahre alt, aufgenommen den 6. Februar 1892. — Die Anamnese ergiebt: Der Kranke stammt aus einer gesunden Familie. Soviel er sich selbst zu erinnern weifs, war er nie ernstlich krank. Im Jahre 1878 trat er in den Militärdienst. Vor 12 Jahren acquirierte er einen Tripper. Dieser dauerte 3 Monate, wonach der Patient späterhin keine Spuren dieser Affektion an sich bemerkte. Im Jahre 1891 befand er sich in Behandlung der hiesigen deutschen Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten. Damals war er mit den Zeichen konstitutioneller Syphilis behaftet. Von einer Primäraffektion wufste der Kranke nichts Näheres. — Behandelt wurde er im ganzen mit 5 intramuskulären Injektionen (höchstwahrscheinlich mit Kalomel), worauf er entlassen wurde. Drei Monate später entwickelte sich auf dem linken Vorderarme ein Geschwür, dessen syphilitische Natur durch den konsultierten Arzt sichergestellt wurde. Hierauf wurde Patient neuerdings einer Quecksilberkur unterworfen; im ganzen bekam er 4 Injektionen. Das Präparat wufste der Kranke nicht näher anzugeben. Nach längerer Zeit — in etwa 2 Monaten — war obiges Geschwür verheilt. Seitdem zeigten sich keine Zeichen von Syphilis mehr.

Vom 21. December 1891 an leidet der Patient an einer rechtsseitigen Epididymitis. Was den Anlafs zur Entzündung gegeben haben mag, oder irgend ein ursächlicher Zusammenhang überhaupt ist dem Kranken unbekannt.

Die Affektionen an den Unterschenkeln bestehen drei Wochen. An beiden Extremitäten zeigten sich, wie Patient angiebt, zur gleichen Zeit infiltrierte, leicht schmerzhafte Stellen von Linsengröfse und von rötlicher Farbe, die langsam sich vergröfserten und später geschwürig zerfielen. Seit 14 Tagen besteht Appetitlosigkeit und eine Verfärbung der Haut und Schleimhäute ins Gelbe. Die beiden letzten Symptome bewogen den Kranken, in das Krankenhaus einzutreten.

Status praesens. Patient von grofser Statur, von starkem Knochenau, schwach entwickelter Muskulatur, sonst normaler Ernährung. Temperatur 37,2. Haut und Schleimhäute zeigen eine intensive ikterische Verfärbung. Sonst läfst sich hier nichts Abnormes nachweisen. An der

Haut des Halses links unter dem M. sternocleidomastoideus und im Nacken im ganzen 8 Leukodermaflecke von Bohnen- bis Kreuzergröfse. In der Haut der Unterschenkel befindet sich beiderseits, symmetrisch in der unteren Hälfte der Aufsenseite gelegen, ein gröfseres, scharf begrenztes Infiltrat von Haselnufsgröfse. Das Infiltrat wies rechts und links einen geschwürigen Zerfall auf in Form von tief ausgehöhlten Geschwüren mit hart infiltrierter Basis und speckigem Belag. Auf dem linken Vorderarme, auf der Seite der Flexoren, befindet sich ein ähnliches, jedoch schon gereinigtes Geschwür von etwa Kreuzergröfse. Oberhalb dieses Geschwüres sitzt eine tief eingezogene, weifse, sternförmige Narbe von Pfenniggröfse, die über dem Knochen frei beweglich ist. Auf dem Rücken der Glans, in der Nähe des Sulcus retroglandularis, sehen wir eine flache, weifse Narbe in der Gröfse eines Hanfkornes. Die Perkussion der Lungen zeigt nichts Abnormes. Die Auskultation ergiebt ein unbestimmtes Atmen in der rechten Lungenspitze. Sonst weist die physikalische Untersuchung der übrigen Organe der Brust und Bauchhöhle mit Ausnahme der Leber, welche den Rippenbogen ein wenig überragt, nichts Abnormes auf. Bei der Palpation des linken Hypochondriums reagiert Patient mit einem gelinden Schmerzgefühl. Cauda, sowie Caput des rechten Nebenhodens sind geschwollen, ihre Konturen undeutlich und bei Druck schmerzhaft. In der Tunica vaginalis ein mäfsiger Erguls. Der rechte Samenstrang ist in seinem Anfangsteil infiltriert. Gesicht, Gehör und Tastsinn, soviel man nach einer oberflächlichen Untersuchung beurteilen kann, sind normal. Puls 78, Zahl der Atemzüge 17. Im Harn findet sich eine Menge von Tripperfäden. Chemisch läfst sich weder Eiweifs noch Zucker (in abnormer Menge) nachweisen, dafür ergiebt die Probe auf Gallenfarbstoffe ein positives Resultat.

Der Kranke wurde einer Inunktionskur mit Sapo hydrarg. Beiersdorf, der lokalen Behandlung mit grauer Salbe, solut. Burow, Zeisslscher Salbe (Extr. bellad. g 1,0, ung. litharg., ung. simpl. $\overline{aa}$ 20,0) unterworfen, und mit Rücksicht auf den Icterus verordneten wir eine diesbezügliche Diät.

Unter dieser Behandlung verminderten sich die Schmerzen und die Entzündung des Nebenhodens, desgleichen nahm der Erguls in die Tunica vaginalis ab; allmählich schwand auch der Icterus, ebenso heilten und reinigten sich die Geschwüre an den Unterschenkeln so, dafs am 26. Februar das linksseitige Geschwür schon vollends, das der rechten Seite gröfstenteils vernarbt war.

Am 25. Februar klagte der Patient über Schmerzen im linken Ohre. Der otoskopische Befund zeigte eine Narbe im Trommelfell, und zwar inmitten des mittleren und oberen Drittels des oberen, äufseren Quadranten, in den beiden unteren Quadranten bedeutendere Kalkinkrustationen.

Der Kranke hört:

$$\frac{1}{\infty} = v = 5^m$$
$$O = vs = \frac{1}{\infty}$$
$$\frac{1}{\infty} = h = \frac{1}{\infty}$$
$$O = ht = +$$
$$O = hp = +$$
$$+ CC > +$$
$$+ C \; > +$$
$$+ C \quad +$$
$$+ C_1 \quad +$$
$$+ C_2 \quad +$$
$$+ C_3 \quad +$$
$$+ C_4 \quad +$$
$$+ fis \quad +$$
$$+ G_4 \quad +$$

Im Verlaufe der nächsten zwei Tage exacerbierte die ältere Ohrenaffektion zum specifischen Katarrhe der Paukenhöhle. Der Patient fühlt ein unerträgliches Ohrensausen. Zur selben Zeit trat plötzlich, und zwar zum ersten Male, ein Erbrechen grüner Massen ein, Appetitlosigkeit und ein mäfsiger Grad von Mattigkeit liefs sich konstatieren. Nach eingehender Untersuchung und längerem Examen wurde festgestellt, dafs der Kranke bereits einige Tage an einem unbestimmten Gefühl von Taubsein in den Extremitäten leidet. Daneben treten zeitweilig Schmerzen und Krämpfe auf, ebenso Kreuzschmerzen und ein Gefühl von Schwere rings um den Leib (Gürtelgefühl). Das Gesicht des Kranken war in jener Zeit eingefallen, die Haltung aufrecht, der Gang jedoch etwas unsicher. Auf den Fufsspitzen konnte sich der Kranke überhaupt nicht halten. Die motorische Kraft der Extremitäten war sonst unverändert. Es zeigten sich keine Spuren von Atrophie. Die faradische, galvanische, sowie mechanische Erregbarkeit der Muskulatur war erhalten, auch der Tonus war normal. Hautreflexe normal, die Patellarreflexe schienen etwas erhöht; die Koordination in keinem erheblichen Grade verändert. Irgend eine lokale Hyperästhesie oder Anästhesie konnten wir nicht verzeichnen. Die Perzeption von Schmerz, Hitze und Kälte normal. Auch in der vasomotorischen Sphäre macht sich keine auffallende Gleichgewichtsstörung bemerkbar. Psychisch verhält sich der Kranke in jeder Beziehung so, wie vordem. Die Wirbelsäule zeigt keine Unregelmäfsigkeiten, keine Deviation, keine schmerzhaften Stellen bei der Perkussion. Die Wirbelsäule selbst verläuft fast senkrecht. Die Sehnerven und die Nerven der Augenmuskeln zeigen keine Störungen in ihren Funktionen. Die Pupillen reagieren zwar etwas langsamer, jedoch gleichmäfsig. Der N. olfactorius fungiert normal, N. facialis, soweit es sich klinisch feststellen läfst, zeigt ebenfalls keine Störungen; ebenso die übrigen Gehirnnerven. Temperatur

normal. Der Schlaf ist etwas unruhig, unterbrochen. Aus der Anamnese, soweit die näheren Angaben von dem Kranken erhältlich waren, ist noch besonders hervorzuheben, dafs der Patient niemals irgendwelche Anzeichen von Polyurie oder Polydipsie an sich beobachten konnte. Innerlich wurde Eis, Kokain, Kal. brom. verabreicht.

Nachdem dieser Zustand, in welchem der Kranke hauptsächlich über Ohrensausen und Ohrenschmerzen klagte und während dessen mehrmals täglich erbrach, vorübergegangen, überkam ihn ein Schwindelgefühl höheren Grades. Die ophthalmologische Untersuchung ergab Diplopie. Durch die Untersuchung mittelst des Perimeters fand man das Gesichtsfeld für Grün um 10°, für Rot um 15—20°, für Blau um etwa 25° verengt. Das periphere Gesichtsfeld war symmetrisch um etwa 10° verengt. Ophthalmoskopisch wurde Hypermetropie, und zwar rechts + 4*D*, links + 2*D* sichergestellt, — ophthalmoskopisch der Augenhintergrund normal. Durst, völlige Appetitlosigkeit, Konstipation. Der Icterus um vieles undeutlicher, als vordem. Schmerzen in den Waden, mitunter krampfhafte Zuckungen in den Muskeln der unteren Extremitäten. Zu Ende des Monats wurden Meteorismus mäfsigen Grades, bedeutendere Crises gastriques und eine auffallende Erhöhung der Patellarreflexe konstatiert. In den ersten Tagen des folgenden Monats trat bei dem Patienten eine merkliche Erleichterung ein. Insbesondere hörten das Erbrechen und die vorangehenden Diarrhoen auf. Ebenso liefsen die Schmerzen nach. Der Patellarreflex ist, wie aus den täglichen Aufzeichnungen ersichtlich ist, beinahe zu seiner früheren Norm zurückgekehrt.

10. März wollte der Kranke des Morgens aufstehen, die Füfse versagten jedoch ihren Dienst, und er fiel zu Boden. Schon zwei oder drei Tage vorher konnten wir schmerzhafte Sensationen in den unteren Extremitäten und eine gelinde Hyperästhesie der Haut des Hypogastriums konstatieren. Seither entwickelte sich rasch eine völlige Paralyse der unteren Extremitäten. Der Patient ist aufser stande, die mindeste Bewegung zu machen, diesen oder jenen Muskel der unteren Extremitäten zu kontrahieren; nicht einmal die Zehen kann er bewegen. In den nächsten drei Tagen war die Motilität der Zehen zurückgekehrt, verschwand jedoch bald, um sich sodann wenigstens bis zu einem gewissen Grade wieder einzustellen.

15. März konstatierten wir (und demonstrierten dies auch den Abteilungsärzten), dafs die von den 1., 2., 3. und 4. Lendennerven versorgten Muskeln, namentlich die der rechten Seite nicht vollends gelähmt seien. Eine geringe Flexion war hier möglich, M. psoas, M. vastus internus, teilweise auch die M. abductores der rechten Extremität fungierten noch. Späterhin konnte man jedoch gar keine aktive Bewegung mehr wahrnehmen.

An den Wadenmuskeln wurden selbst in den vorgeschritteneren Stadien keine ausgeprägteren Spuren von Atrophie entdeckt; natürlich wurden dieselben atrophisch, sowie die ganze Muskulatur überhaupt. Nur in der allerletzten Zeit verhielt es sich anders. Die faradische Erregbarkeit war nun herabgesetzt, auch mufste man, um irgend welche Kontraktion zu erzielen, zu einem stärkeren galvanischen Strome greifen. Das Verhältnis der galvanischen, faradischen und mechanischen Erregbarkeit blieb jedoch nicht konstant. Dem ganzen Verlaufe gemäfs liefs sich freilich stufenweise eine Verminderung konstatieren; nichtsdestoweniger sind einige Phasen verzeichnet, in denen selbst schwächere Ströme, als die vorher zu den Untersuchungen verwendeten, erfolgreich waren. Der tonische Spasmus der Wadenmuskulatur dauerte, wie aus den Aufzeichnungen ersichtlich, verhältnismäfsig lange, seine Intensität jedoch zeigte auffallende Schwankungen. Die Reflexe zeigten eine regelmäfsige Abnahme. Neben den erwähnten motorischen Symptomen, die sich an den beiden Extremitäten auf beinahe gleicher Höhe erhielten, veränderte sich auch ihrerseits die Sensibilität. An manchen Punkten liefs sich Hyperalgesie nachweisen, die jedoch keinen höheren Grad erreichte. Anästhetische Stellen konnten wir anfangs nirgends auffinden. Der Tastsinn war zur Zeit des Eintrittes der Lähmungen in den unteren Extremitäten fast verloren gegangen und der Temperatursinn sehr erniedrigt. Die Wirbelsäule zeigte weder gröbere Veränderungen, noch Schmerzpunkte. Der Patient litt in dieser Zeit an excentrischen Schmerzen in der Hüftgegend, den Beinen, im Hypogastrium und der Regio sacralis. Patient selbst charakterisiert diesen spontanen Schmerz als Stecknadelstiche.

16. März wurde Ischuria paradoxa, späterhin Retentio urinae verzeichnet. Der mittelst des Katheters entleerte Harn war trübe und von ammoniakalischem Geruch. Chemisch liefs sich Eiweifs, mikroskopisch eine Menge von Eiter nachweisen. Von nun an mufste der Kranke katheterisiert werden, die Harnblase wurde mit einer lauen Lösung von Borsäure oder Natrum salicylicum ausgespült. Im Verlaufe von einer Woche trat eine totale Incontinentia urinae ein, die nicht mehr zurückgehen wollte. Zu derselben gesellte sich bald eine Incontinentia alvi. Der ins Rectum eingeführte Finger fühlte hier nicht das geringste Hindernis von seiten des M. sphincter ani.

23. März änderte sich plötzlich dieses Krankheitsbild. Währenddem die Sensibilität augenscheinlich von Stufe zu Stufe herabsank und wir zwei Finger oberhalb des Nabels eine auffällig hyperästhetische Zone von Zweifingerbreite über den sonst weniger sensiblen unteren Partien des Abdomens nachweisen konnten, begann der Patient über bohrende Schmerzen im Rücken zu klagen. Die Wirbelsäule war steif und vom 6. bis zum 12. Wirbel bei Berührung äufserst schmerzhaft. Seit dieser Zeit bot das

Krankheitsbild nicht mehr jene fast täglichen Variationen dar, wenigstens nicht in Bezug auf die Symptome seitens des Nervensystems; jene interessante Fluktuation der einzelnen Symptome war geschwunden. Die Motilität der unteren Extremität blieb gleich Null, es zeigten sich Spuren einer mäfsigen Atrophie, doch immerhin der eines höheren Grades im Vergleich mit jener am übrigen Körper. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln vermifsten wir hier. Die Muskulatur verlor ihren Tonus. Das Dorsum pedis bildete mit der Tibia blofs einen ganz unscheinbaren Winkel. Haut- und Sehnenreflexe fehlten. Die Sensibilität bis zur Nabelgegend war minimal. Nur subjektive Gefühle: wie in das Kreuzbein und die Schenkel ausstrahlende Schmerzen, tauchten von Zeit zu Zeit auf, zur grofsen Freude des Kranken, der sich hiervon den Beginn der Heilung versprach.

Die Haut der unteren Extremitäten zeigt eine mäfsig lokale Asphyxie. Kalt und Warm unterscheidet der Patient in diesem Stadium nur im kleinsten Mafse. Blase und Rectum blieben gelähmt. In dem immer mehr und mehr übel riechenden Urin fand sich eine grofse Menge von Eiter. Die Intelligenz des Kranken war dabei vollkommen erhalten. Seitens des Gehirns fehlten überhaupt jegliche Symptome, aufser wir wollten das zeitweilige Erbrechen hierher rechnen, das man jedoch mit Recht unter viele anderweitige Zustände des reagierenden Organismus einreihen kann. Das Bewufstsein des Patienten war zwar — namentlich in der letzten Zeit — etwas benommen, dies war jedoch nur vorübergehend. Eine neuerliche Untersuchung des Auges ergab namentlich in Hinblick auf den perimetrischen und ophthalmoskopischen Befund kein abweichendes Resultat. Ebenso verhielt es sich mit dem Gehör. Die kolikartigen Schmerzen, die den Patienten längere Zeit hindurch quälten, liefsen nach.

8. April zeigte sich oberhalb der rechten Glutealfalte ein schon einige Tage vorher drohender Decubitus, der sich trotz der peinlichsten Reinlichkeit vergröfserte. Am 15. d. M. eine Steigerung der bis jetzt stets normalen Temperatur. Am 16. und 17. zeigte das Thermometer 40,4° C. Das Fieber hielt seither an, sein Gang war unregelmäfsig, mitunter zeigte sich ein leichtes Frösteln, hie und da eine bis 24 Stunden andauernde Apyrexie.

20. Mai: Temperatur subnormal, 35,8° C.; Tags vorher 36,2° bis 36,4°.

23. Mai: Exitus letalis. Seit 14 Tagen begann den Patienten das Gedächtnis zu verlassen, die letzten Tage in auffallender Weise. Mitunter hatte er jedoch ganz lichte Augenblicke. — Am 8. Mai: Im Harn erschienen Gallenfarbstoffe, die in den nächsten Tagen auf chemischem Wege nachgewiesen wurden. In der letzten Zeit lag der Kranke ganz

regungslos und entkräftet da. Der Tod war von keinerlei Konvulsionen begleitet. Es verdient noch hervorgehoben zu werden, dafs der Patient gleich von Anfang an einer, — wenn auch dem Allgemeinzustand Rechnung tragenden, — doch energischen antiluetischen Behandlung unterworfen wurde.

In Anbetracht des Krankheitsverlaufes mufsten wir bei diesem Patienten, der in unsere Behandlung unter der Diagnose Gummata syphilitica superficialia, Epididymitis dextra, Icterus mechanicus eingetreten ist, späterhin die Diagnose auf eine Myelitis syphilitischen Ursprungs, kompliciert mit einer eitrigen, Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis und Decubitus, stellen, nebst dem noch eine specifische Otitis med. diagnosticieren, und dies trotz des Mifserfolges eines energischen antiluetischen Verfahrens. Dafs es sich hier um eine intramedulläre, diffuse, recht akut verlaufende, organische Erkrankung des Rückmarks handelte, um eine Myelitis, stand wohl aufser allem Zweifel.

Was die Ätiologie der Myelitis anbelangt, hielten wir uns dennoch, obzwar hier mit vollem Rechte die Regel gilt, dafs sich kein Schema dieses Leidens konstruieren läfst und die syphilitische Natur nicht immer erkannt werden kann, zu der erwähnten Diagnose berechtigt und dies auf Grundlage folgender Erwägungen: Bei einem 34jährigen Luetiker, der etwa vor $1^1/_2$ Jahren sich inficierte und vor einem Jahre mit Zeichen einer Allgemeininfektion behaftet war, die nach einem Vierteljahre recidivierte und nach einem halben Jahre neuerdings ausgebrochen war, treten bestimmte Zeichen eines Rückenmarksleidens auf. Das Leiden an und für sich betrachtet, würde zur Diagnose „Myelitis transversa" führen. Aber eine nähere Betrachtung des Krankheitsverlaufes läfst gewisse Abweichungen entdecken, die von dem Gange einer gewöhnlichen Myelitis transversa wohl zu unterscheiden sind. In beiden Fällen können wir ein Prodromalstadium, ein Stadium der Irritation und das der Gewebszerstörung, unterscheiden, die Entwickelung des Processes ist jedoch eine verschiedene. Auch bei jener wechseln die anfangs beobachteten, funktionellen Störungen mit den auf Degeneration und Schwund des Gewebes hindeutenden Symptomen und solchen, die ein Weiterschreiten des Processes infolge sekundärer Degenerationen oder Circulationsstörungen verraten; der Übergang ist jedoch, wenn auch oft ungewöhnlich rasch, sozusagen nicht definitiv. Bemerkenswert ist, dafs der Proceſs in einzelnen raschen Schüben vor sich geht. So z. B. geht die Parese der unteren Extremitäten plötzlich in Paraplegie über; diese verliert sich teilweise doch blofs temporär, um endlich stationär zu bleiben. Dasselbe gilt von den Symptomen der sensitiven Sphäre, den Symptomen der Harnblase, seitens des Rectums u. s. w.

Die Schwankungen in der Intensität der einzelnen Symptome in einem Grade, wie wir es bei einer gewöhnlichen Myelitis niemals zu sehen bekommen, kommen am meisten zur bemerkenswerten Geltung im Bereiche der Sehnen und Hautreflexe. Betrachten doch viele Autoren gerade das Schwanken in erster Reihe des Patellarreflexes als ein wertvolles diagnostisches Hülfsmittel.

So konnten SIEMERLING, ERLENMAYER, EISENLOHR und OPPENHEIM diese Erscheinung nur bei einer ganz sicheren Rückenmarkssyphilis verzeichnen. Unsere Beobachtung ist nur ein neuer Beweis für den Wert dieser Symptome.

24. Mai: Sektion; Obducent Prof. Dr. OBRZUT.

Das Sektionsprotokoll ergiebt folgenden Befund:

Die Leiche eines etwa 33jährigen Mannes von gröfserer Gestalt, schlechter Ernährung, starkem Knochenbau. Haut bleich, trocken. Gesicht eingefallen, die Schleimhäute von gelblich-weifsem Aussehen. Hals lang, breit; Thorax gewölbt, der Leib eingesunken. An beiden Unterschenkeln Exkoriationen. Auf dem rechten ist die Basis der Exkoriation vertrocknet, links bedeckt von einem dünnen Schorfe. An dem Gesäfs rings um das Os sacrum ein weit verbreiteter gangränöser Decubitus, den Foramina sacralia entlang ziehen sich eitrige Infiltrate bis zum Rückenmarkskanal hin. Der Schädel symmetrisch, kompakt. Dura mater verdickt, gespannt. Meningen weich, weifslich getrübt. Das Gehirn von derber Konsistenz etwas blutleer, bleich. Die Centralganglien weich. Die Gefäfse an der Basis dünn und zart. Das Kleinhirn derb, anämisch. Im Rückenmarkskanal in der Pars caudae equinae, in der Nachbarschaft der dura Mater, ein weit verbreitetes eitriges Infiltrat. Am Ende der Cauda equina findet sich, unter der dura Mater gelegen, eine eiterähnliche Flüssigkeit. In der Pars lumbalis des Rückenmarks nimmt beinahe den ganzen Querschnitt, bis auf einen unbedeutenden sichelförmigen Streifen linkerseits, eine Geschwulst von $1^1/_2$ cm Durchmesser ein. Dieselbe ist klein wenig excentrisch gelagert, von derber Konsistenz und graugelbem Aussehen. Das Gewebe des Rückenmarks ist oberhalb wie unterhalb erweicht; diese Erweichung verliert sich ohne scharfe Grenzen diffus in den höheren Partien, deren frische Präparate normale Struktur und Konsistenz darzubieten scheinen. Das subkutane Zellgewebe fettlos, Muskulatur dünn. Das Zwerchfell steht beiderseits in der Höhe der 5. Rippe.

Bei Eröffnung des Thorax sinken die Lungen beträchtlich zurück. Die linke Lunge klein, leicht, schlaff, lose. Das Gewebe im Durchschnitt überall lufthaltig, in der Spitze eine Anzahl käsiger Knoten. Die rechte Lunge ist an der Basis ebenfalls leicht angewachsen. In der Lungenspitze und den hinteren Partien des Unterlappens eine gröfsere Anzahl

käsiger Knötchen in dem lufthaltigen und mäfsig blutreichen Gewebe. In der Lungenspitze selbst ein Streifen von Schieferinduration. Das Herz, resp. die rechte Kammer etwas dilatiert, schlaff; der Muskel spröde, brüchig. Die Klappen dünn und glatt. Die Schleimhaut im Pharynx und Oesophagus blafs, anämisch, ebenso die der Luftröhre und des Kehlkopfes. Die Schildrüse zeigt Kolloidentartung. Die Milz ist stark vergröfsert, die Kapsel gespannt, das Gewebe weich, klebrig, blutarm; die Nieren, namentlich die rechte, vergröfsert, die Harnleiter mäfsig dilatiert. Die Oberfläche der Nieren glatt, mit dunkelroten Flecken besetzt. Die Nierenbecken enthalten eitrigen Urin. Ihre Schleimhaut ist geschwellt und injiciert, mitunter Hämorrhagien. In den Spitzen der Pyramiden eine grofse Anzahl eitriger Streifen, die an einigen Stellen zur Rinde vordringen. In der Rinde selbst eine Anzahl gröfstenteils keilförmiger Hämorrhagien von graugelber Farbe. Die Schleimhaut der Harnblase von schmutzig-grünlicher Farbe, verdickt, von eitrigem Belag. Prostata normal, ebenso die Hoden. Die Schleimhaut im Darm und Magen blafs. Die Leber leicht vergröfsert, am Schnitt dunkelrot. Die Konturen der Acini weniger kenntlich, ihre Konsistenz spröde, brüchig. In der Gallenblase ein mäfsiges Quantum lichtgefärbter Galle.

Das Zusammentreffen aller Nebenumstände mufste zur Diagnose eines syphilitischen Rückenmarksleidens führen.

Mikroskopisch wurde der Fall vom Prof. HELLICH untersucht. Durch die Untersuchung von circa 1000 transversal und teilweise auch serienartig geführten Schnitten, die mit gewöhnlichem Hämatoxylin oder nach WEIGERT gefärbt wurden, wurde festgestellt, dafs es sich um eine scharf begrenzte Geschwulst handelt, die ihren Sitz am Ende des 10. Dorsalsegmentes hat. Diese ist am Querschnitt kreisförmig, am longitudinalen eiförmig, die Spitze nach abwärts gerichtet. In ihrer gröfsten Breite nimmt die beiderseits ganze, bis zur Unkenntlichkeit destruierte graue Partie die beiden Vorder-, wie Hinterhörner, beide Vorder-, wie Hinterstränge und die linken Seitenstränge ein, deren Überbleibsel zu einem engen halbmondförmigen Streifen komprimiert sind. Von den Vorder- und Seitensträngen finden wir noch hie und da die einzelnen Nervenbündel in Partien der Geschwulstmassen eingebettet. Die Geschwulst selbst besteht aus zelligem, scheinbar fibrillärem Gewebe, das namentlich rings um die vermehrten und erweiterten Blutgefäfse verdichtet ist. Die Gefäfswände sind meistens hyperplastisch und entartet. Das Geschwulstgewebe ist zwar nirgends zerstört, aber stellenweise derart entartet, dafs sich die Kerne nicht mehr färben lassen. Zwischen diesen Stellen sind wiederum einzelne Nester, sogar ganze Streifen, besonders längs der Peripherie gelegen, deren Kerne den Farbstoff aufnehmen. Vor und über dieser Geschwulst, bevor noch dessen Querschnitt sich verliert, beginnt

eine zweite, die schlechthin das Centrum des Rückenmarksquerschnitts einnimmt und nach oben hin allmählich in das übrige Gewebe übergeht. Dieselbe endet an der Basis des 10. Segmentes, ihre Struktur gleicht der ersteren. Den hier serienweise geführten Schnitten gemäfs läfst sich annähernd beurteilen, dafs beide Geschwülste aus den Centralgefäfsen, und zwar jenen, die in das linke Hinterhorn und die Hinterstränge eindringen, hervorgegangen sind. Der bakteriologische Befund blieb sowohl in der Richtung nach Tuberkel-, als auch Syphilisbacillen negativ.

In unmittelbarer Nähe dieser genannten Geschwülste findet sich namentlich nach oben hin eine Anzahl von verschiedenen kleineren Geschwulstmassen, die von den Blutgefäfsen ausgehen. Ähnlich finden wir an den Wurzeln der Spinalnerven hie und da gröfsere Infiltrate. Auch hier sind die Gefäfswände verdickt.

In der Nachbarschaft der Geschwülste, vom 8. Dorsalsegment angefangen bis zum 12. zeigt das Rückenmark frische und ältere Spuren von Erweichung verschiedenen Grades. Am meisten leidet hier die graue Substanz, die weifse kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Hart an der Geschwulst ist das Rückenmarkgewebe in seiner ganzen Breite erweicht. Die in der Regel nur longitudinalen Nervenfasern sind freilich vielfach verändert, gröfstenteils jedoch von ihrer Markscheide überkleidet. Die Struktur der grauen Substanz ist an diesen Stellen recht verwischt, besonders durch mit Blutkörperchen überfüllte, erweiterte, neoplastische Gefäfse verändert. Mancherorts sieht man auch kleine Hämorrhagien. In weiterer Entfernung oberhalb wie unterhalb der Geschwülste, noch in den Partien myelitischen Gewebes, bemerken wir zweierlei Veränderungen: kleinzellige Infiltrate und eine eigenartige Degeneration der Gliazellen.

a) Die kleinzelligen Infiltrate ziehen sich gröfstenteils den centralen und peripheren Gefäfsen entlang.

Manchmal sehen wir auch selbständige Gruppen dieser Infiltrate, bald über die weifse, bald über die graue Substanz hin zerstreut, die auf den ersten Blick mit den Gefäfsen in keinerlei Zusammenhang zu stehen scheinen. Diese Infiltrate begleiten an den Rändern die nächstfolgenden Veränderungen.

b) Die Degeneration der Gliazellen bildet in der Regel begrenzte Stellen in den Pyramidenbahnen der Seitenstränge, in den Hintersträngen, in den Hinterhörnern, soweit eben durch dieselben die Nervenbündel hindurchtreten. Die Entartung ist ausschliefslich auf die Glia der weifsen Substanz beschränkt. Die entarteten Partien sind schon makroskopisch an ihrer weifslich-grauen Farbe zu erkennen, wie die noch ungefärbten Schnitte zeigen. Die Gliazellen sind hier 3- bis 4fach vergröfsert zu polygonalen Bläschen mit lichten, von einem feinkörnigen Inhalt, in dem ein zur Innenseite hin verdrängter Kern sich befindet, gefüllt, so dafs

Gruppen von Kernen mit bläschenartiger Umgebung entstehen. Ein ähnliches Bild kommt jedoch nur in den kleineren Partien zu stande. In den gröfseren zerfällt an den Schnitten das Centrum leicht in polygonale Zellen. Manche von diesen entarteten Gliazellen weisen noch weitere Veränderungen auf; ihr Inhalt trübt sich, wird grobkörnig, nimmt Farbstoffe auf, ihre Kerne quellen auf und lassen sich nicht mehr färben.

Infolge der Vergröfserung und Wucherung der Gliazellen wird das benachbarte Gewebe gedrückt und verdrängt. Kleinere degenerierte Partien sind mit einem centralen Gefäfs versehen. Die Nervenkanäle sind an solchen Stellen entweder komprimiert, oder im Gegenteil, durch Lymphe erweitert. An dieser Erweiterung beteiligt sich auch die Markscheide. Die Axencylinder zeigen bis auf eine etwaige, unmerkliche Verdickung keine sichtbaren Veränderungen.

Die Gliadegeneration ist namentlich in der oberen Hälfte des 9. Dorsalsegments oberhalb und in der zweiten Hälfte des 11. unterhalb der Geschwülste verbreitet. Insbesondere zeigen die Pyramidenbahnen eine diffuse Infiltration. Insoweit sich diese Entartung in den Hinterhörnern und Hintersträngen abspielt, kann man sie in der Längsaxe des Rückenmarks bis auf die Weite von 1 cm verfolgen. Oben im 12. Dorsalsegment zerklüftete sie das rechte Hinterhorn auf eine Weise, dafs diese Stelle uns wie eine heterotopische weifse Substanz erscheint. Weiterhin begrenzt diese Hyperplasie die erstere Geschwulst an ihrem unteren Ende. Hier können wir auch ihren allmählichen Übergang in die Geschwulstmassen sehen. In den nächstliegenden unteren Schnitten sind die erwähnten Gliaveränderungen durch allgemeine Erweichung oder durch weitgehende kleinzellige Infiltrate verdeckt.

Ähnlich wie das Rückenmark, ist auch die Pia längs desselben bis hinunter zu dem Filum terminale von verschiedenen kleinzelligen Infiltraten durchsetzt. Solche Infiltrate dringen nicht nur in die Hüllen der Spinalnerven, sondern auch in diese selbst. Die Gefäfse der Pia und der spinalen Wurzeln zeigen gröfstenteils verdickte Wandungen. Die hinteren Wurzeln der Spinalnerven, welche dem Sitze der Geschwülste entsprechen, sind ganz oder teilweise zu Grunde gegangen. Im ganzen Verlaufe des Rückenmarks, von den gänzlich erweichten Partien angefangen, zieht sich nach beiden Seiten hin die sekundäre Degeneration. Die aufsteigende ergreift die Gollschen Stränge nach oben hin und den äufseren Streifen der Seitenstränge beinahe in seinem ganzen Umfang, auf beiden Seiten symmetrisch. Im 8. und 9. Dorsalsegment sind fast die ganzen Hinterstränge entartet. Die absteigende Degeneration besteht in einer unbedeutenden Degeneration der Pyramidenbahnen. Die sekundäre Systemdegeneration der Nervenbahnen begleitet überall eine leichte chronische Entzündung der Pia. Eine Ausnahme hiervon bilden die unteren Partien

des Rückenmarks, wo eine intensive akute Entzündung besteht. Dies ist der histologische Befund nach Prof. Dr. HELLICH.

In Hinblick auf die obenerwähnten Thatsachen ist es wahrscheinlich, dafs die Geschwülste und weiteren Veränderungen infektiösen Ursprunges sind, vor allem aus den Centralgefäfsen, teilweise auch aus den peripheren Gefäfsen hervorgegangen.

Die Affektion kann entweder tuberkulöser oder syphilitischer Natur sein. Die Befunde sprechen für Syphilis. Die Struktur der Geschwulst an und für sich entscheidet nichts. Der Procefs selbst ist weit verbreitet, nimmt mehr als vier Segmente ein, hat aufser solitären Geschwülsten noch andere weitgehende Veränderungen hervorgerufen, die sich von denen infolge von Tuberkulose wohl unterscheiden lassen. Ein von dem Orte der Infektion auswachsender solitärer Tuberkel ergreift einen verhältnismäfsig nur geringen Teil des Rückenmarks, und während er an Umfang zunimmt, verdrängt er alles übrige. In unserem Falle ist ein gröfserer Teil des Rückenmarks rasch und gleichmäfsig ergriffen. Das übrige Gewebe ist eher dilatiert als verdrängt. Und bei einem mehr diffusen Procefs, wie er sich hier, abgesehen von den solitären Geschwülsten, ebenfalls zeigt, finden wir, falls es sich um Tuberkulose handeln sollte, wenn auch nicht in Gliamassen, doch wenigstens in dem Gewebe der Pia oder im Perineum charakteristische Miliartuberkeln, die hier fehlen.

Der diffuse Procefs zieht sich längs der gröfseren Gefäfse in longitudinalen Säulen im Centrum des Rückenmarks, in den Hintersträngen und Hinterhörnern längs der Centralgefäfse, deren Richtung eine longitudinale ist; in den Seitensträngen, besonders in den Pyramidenbahnen, breitet sich dieser Vorgang nur in transversaler Richtung aus, im Sinne des Verlaufes der peripheren Gefäfse. Späterhin führte der Procefs zur transversalen Myelitis rings um die Geschwülste, zu Poliomyelitis und Leucomyelitis, oberhalb wie unterhalb der transversalen Lokalisation zum teilweisen Untergang der hinteren Wurzeln der Spinalnerven, insofern dieselben den von der Geschwulst ergriffenen Stellen entspringen, zu Entzündungen der Pia und des Perineums, was besonders von den tieferen Partien des Rückenmarks gilt.

Nach dem klinischen, wie pathologisch-anatomischen Bilde läfst sich schliefsen, dafs es sich in unserem Falle um einen seltenen syphilitischen Procefs des Rückenmarks handelt. Mit apodiktischer Gewifsheit können wir es freilich nicht behaupten, wie in keinem bis jetzt beobachteten Falle, da ja das eigentliche Virus der Syphilis noch unbekannt ist. Der Zweifel in diesem, von Anfang an genügend verfolgten Falle kann jedoch nur ein minimaler sein. Der Fall selbst bietet vom klinischen, wie pathologisch-anatomischen Standpunkte aus so manches für die Kenntnis der Rückenmarkssyphilis wichtige Zeichen dar.

Dem Vorstande der Klinik, Herrn Prof. JANOVSKÝ, sowie auch dem Herrn Prof. HELLICH erstatte ich für die mir im Verlaufe dieser Arbeit zu teil gewordene Beihülfe meinen pflichtschuldigen Dank ab.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 6. Januar 1893.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.

1. Herr SAALFELD stellt zwei Fälle von **Naevus verrucosus** vor; der eine Fall ist bereits in No. 102, 1892, der *Allgem. med. Central-Ztg.* beschrieben und betrifft einen 14jährigen Knaben, bei dem eine streng halbseitig ausgebildete, als Naevus verrucosus bekannte Affektion sich zeigt. Der Knabe ist zwar körperlich als geistig etwas mangelhaft entwickelt. Der Naevus hat sich aber nicht bereits intrauterin, sondern erst mehrere Jahre nach der Geburt im Anschluſs an eine cerebrale Erkrankung entwickelt. Die Abnormität trat nicht an allen Stellen gleichmäſsig, sondern erst im Verlauf von ungefähr 3/4 Jahren allmählich auf. Ein gröſserer Abschnitt der Affektion entspricht in seiner wellenförmigen Anordnung ziemlich genau dem von EICHHORST ermittelten Verlauf der hinteren Zweige der Interkoitalnerven.

In der Diskussion regt Herr LASSAR die Frage an, ob nicht zwischen Naevus verrucosus und progressiver Warzenbildung zu unterscheiden sei. Herr LEWIN weist darauf hin, daſs die Naevi angeboren und pigmenthaltig, die Warzen erworben und pigmentfrei seien. Herr LEDERMANN macht auf die Unterschiede zwischen primären und sekundär aus Blutungen etc. entstandenen Pigmenten aufmerksam. Herr KROMAYER hält den Ausdruck Warze für einen Sammelbegriff. So spricht man auch von seborrhoischen Warzen, die im Gegensatz zu den andern Verrucae pigmenthaltig sind.

2. Herr LEDERMANN: Fall von **tuberösem serpiginösen Syphilid.** Die 61jährige Patientin, die vor 20 Jahren inficiert wurde, hat drei Aborte durchgemacht und in der zwischen denselben liegenden Zeit drei angeblich gesunde Kinder geboren. An der Aufsenseite der linken Hand besteht ein tuberöses serpiginöses Syphilid; die Innenfläche der Hand sieht wie ekzematös aus.

3. Herr LEDERMANN stellt dann eine 68jährige Patientin vor, die neben Pigmentflecken kupferrote, in der sehr atrophischen Haut liegende Knoten, die teilweise kreisförmig angeordnet sind, zeigt. Wegen nächtlich auftretender Kopfschmerzen wurde sie mit Hg behandelt, und die Knoten sind darnach zurückgegangen. L. glaubt, daſs **gummöse Affektionen in der atrophischen Greisenhaut** aufgetreten sind. Aufserdem bestehen strahlende Narben auf der Kopfhaut. Eine Affektion ist nicht nachweisbar.

4. Ferner stellt Herr LEDERMANN einen 30jährigen Arbeiter vor mit **variöser Erweiterung am Oberarm** und einem **Angiom des kleinen Fingers** vor. Die Hand soll stark schwitzen. Eine so bedeutende Erweiterung der Venen hat er noch nicht beobachtet.

5. Herr PETER: **Fall von Dermatitis herpetiformis.** Vor einiger Zeit hat der Vortragende schon einen Fall von DUHRINGscher Krankheit vorgestellt; er ist heute in der Lage, diesem einen zweiten hinzuzufügen. Während bei dem damals gezeigten Patienten die massenhaft auftretenden Blaseneruptionen, deren Residuen

als erbsengroſse pigmentierte runde Flecke den ganzen Körper bedeckten, die Unterscheidung von Pemphigus serpiginosus schwierig machten, ist bei der heute vorgestellten Frau der herpetische Charakter deutlich ausgeprägt. Bei der heute 38jährigen Frau traten anfangs der 20iger Jahre zuerst auf den Oberschenkeln erythematöse, resp. quaddelartige, sehr stark juckende Ausschläge auf, die von einem Bläschen gefolgt waren, die in Ringen oder Kreisen angeordnet waren. Die Bläschen trockneten ein oder wurden zerkratzt; jedesmal hinterlieſsen sie eine Pigmentnarbe, die sich von der Umgebung durch den dunklen Rand deutlich abhob. Dem Ausbruch der Eruption gehen jedesmal eine Alteration des Allgemeinbefindens, Abgeschlagenheit, selbst Fieberanfälle vorher. Die Anfälle wiederholten sich in nicht sehr groſsen Zwischenräumen, blieben aber fast 10 Jahre auf die Unterextremitäten beschränkt. Erst seit den letzten 8 Jahren ist der Proceſs auch auf die Oberarme und Schultern übergegangen. Auch hier ist dasselbe Bild, nur sind die Bläschen auf einen kleineren Raum zusammengedrängt. Auch hier begegnet wiederum die Unterscheidung von einem Pemphigus den meisten Schwierigkeiten, nur läſst sich zum Unterschiede von der herpetischen Form die Bläscheneruption anführen. Gegen Prurigo spricht das Fehlen der charakteristischen Knötchen, gegen Erythema exsudativum multiforme die Lokalisation, für die Duhringsche Krankheit (Dermatitis herpetiformis die lange Dauer, die zahlreichen Nachschübe, die ganze Konfiguration.

6. Herr Palm: **Fall von Xanthom** an den Augenlidern. Die 35jährige Patientin schiebt die Bildung der Geschwülste aufs Wochenbett, allein die Anamnese ergiebt, daſs auch ein Bruder davon befallen ist. Hier scheint es also hereditär zu sein. Wunderbar ist es nur, daſs die Xanthome symmetrisch an beiden Augenlidern oben und unten beiderseits bestehen. Am übrigen Körper ist nichts vorhanden.

7. Herr Lewin: Patientin mit **Clavi syphilitici in der Palma manus.** Dieselbe hat zuerst ein Ulcus durum an den groſsen Schamlippen, dann Exantheme, Leucoderma und dann diese Efforescenzen gehabt. Früher hielt man die Affektionen in der Palma manus für Rhagaden, dann wurde alles mit Psoriasis bezeichnet; er hat aus dieser Gruppe von Affektionen eine besondere Kategorie, die Clavi syphilitici hervorgehoben und ausführlich beschrieben.

8. Herr Lewin: **Fall von Glossitis syphilitica.** Der 45jährige Patient zeigte nach einer Infektion vor 5 Jahren und darauffolgenden sekundären Symptomen eine starke Vergröſserung der Zunge. Dann stellte sich auf der Wangenschleimhaut, am rechten lateralen Rande der Zunge und am rechten vorderen Gaumenbogen ein Geschwür ein. Es besteht ferner Aplasie der Drüsen der Zungenwurzel. Unter specifischer Behandlung trat eine langsame Besserung ein, allein keine vollständige Heilung. Nach Anwendung von Jodkalium mit Hg wurde auch nicht Heilung erzielt, weshalb L. glaubt, daſs die Therapie in manchen Fällen ihre Grenzen hat.

9. Herr Lewin stellt ferner eine Patientin mit einem länglich eirunden Tumor **am harten Gaumen** vor, den er für ein **Gumma** hält. Dafür spricht die Anamnese, da die Patientin im Februar inficiert war und im **März** mit Hydr.-Salicyl-Injektionen behandelt war. Die Zähne sind intakt, Zahnschmerzen nicht vorhanden, daher ist eine Periostitis auszuschlieſsen. An Phosphornekrose oder Actinomyces ist nicht zu denken.

10. Herr Lewin zeigt ferner einen Patienten mit einer **Erkrankung der Highmorshöhle**; hier kommen zwar Cysten vor, allein syphilitische Erkrankungen sind bis jetzt nicht beobachtet. Die Anamnese ergiebt, daſs der bestehende Defekt der unteren Nasenmuschel im Verein mit einer Perforation der Highmorshöhle eine syphilitische Knochenaffektion ist. Es wurde Jodkalium gebraucht und in die perforierte Stelle Jodoformgaze eingeführt, demnach scheint sich der Zustand zu bessern.

11. Herr Isaac: **Über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes.** Zu den wichtigsten Fragen, welche im Laufe der letzten Jahrzehnte die Kliniker und Pathologen mit Vorliebe bewegt, gehörten zweifelsohne die über den Ursprung der Tabes dorsalis, einer Krankheit, welche in ihren anatomischen und klinischen Verhältnissen so eigenartige specifische Erscheinungen darbietet, dafs ihr, sowie der progressiven Paralyse eine Ausnahmestellung unter den Organerkrankungen des Körpers eingeräumt werden mufs. Heredität, Erkältung, sexuelle Excesse, Alkoholismus wurden der Reihe nach beschuldigt, die graue Degeneration der Hinterstränge herbeizuführen, und so gelangte man endlich noch auf die Syphilis als die Hauptursache dieser eigenartigen Krankheit. Als zuerst Fournier, dann Erb an der Hand eines grofsen statistischen Materials darauf hinwiesen, dafs der gröfste Procentsatz aller von Tabes befallenen Individuen früher mit Syphilis inficiert gewesen sei, war man froh, einen dankbaren Anhaltspunkt für die Ursache der Affektion gefunden zu haben; von allen Seiten, namentlich aber von seiten der Neuropathologen, wurde Material gesammelt, um die Behauptungen Fourniers und Erbs zu stützen und zu vervollständigen, und wenn noch hie und da Stimmen laut wurden, welche den Zusammenhang nicht zugeben wollten und Gegner auftraten, wie Leyden und Tarnowsky, so schwanden diese vor dem erdrückenden Beweismaterial der statistischen Berechnung. Der Hauptangriffspunkt der Gegner richtete sich aber besonders gegen den wundesten Punkt der Theorie des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes, dafs nämlich antisyphilitische Kuren so gut wie gar keine Erfolge bei der Behandlung der Tabes aufweisen konnten. In den letzten Nummern der *Berl. klin. Wochenschr.* hat nun Erb durch seinen Assistenten, Herrn Winkler, diesen Einwurf zu entkräften versucht und so die ganze Frage von neuem angeregt; er sucht an der Hand eines grofsen Krankenmaterials zu beweisen, dafs auch hier die Erfolge auf seiner Seite stehen; es wird sich später Gelegenheit finden, dies Krankenmaterial einer kritischen Betrachtung zu unterziehen.

Der Grund, der den Vortragenden veranlafste, diese so hochwichtige Frage dieser Gesellschaft zu unterbreiten, ist der, dafs in der Litteratur aufser Fournier als Anhänger und Tarnowsky als Gegner des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes keine Syphilidologe hervorgetreten ist, der sich mit dieser Frage eingehender beschäftigt hat, trotzdem doch naturgemäfs diese die Berufensten dazu gewesen wären. Die neuesten Veröffentlichungen fordern jedoch geradezu die starren Specialkollegen heraus, zu dieser für die Therapie so wichtigen Frage Stellung zu nehmen. Vortragender verfügt zwar nur über 25 Fälle, meist Privatpatienten, glaubt aber, um seine Ansichten darüber auszusprechen, folgende vier Unterfragen erst formulieren zu müssen: 1. Ist es wahr, dafs in der Anamnese der Tabeskranken Syphilis häufiger vorkommt, als die anderen supponierten Krankheiten? 2. Wann tritt im Verlauf der Syphilis Tabes auf? 3. Wie wäre ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes zu erklären? 4. Wie verhält es sich mit der antisyphilitischen Kur bei Tabes?

Was zunächst die erste Frage anlangt, wie es mit dem statistischen Nachweis der gröfseren Häufigkeit der Tabes als Folgekrankheit der Syphilis sich verhält, so braucht man nicht gerade auf dem Standpunkte Leydens zu stehen, der im vorigen Jahre in einem Vortrage über Tabes den Ausspruch gethan hat, dafs er von medicinischen Statistiken nichts hielte, um nicht doch bei genauer Prüfung der aufgestellten Tabellen zu erkennen, dafs auf seiten der Anhänger der Erbschen Theorie grobe Irrtümer unterlaufen. Wenn behauptet wird, dafs unter 100 Tabikern 70% und noch mehr mit Syphilis behaftet gewesen seien, und wenn man nachher liest, dafs weicher Schanker, chancre mixte etc. statistisch mit verwertet werden, so dürfte in einzelnen Fällen noch die Suggestion von Syphilis das Material vervollständigt

haben. Es ist noch nicht allzulange her, dafs die Differenzierung der Geschlechtskrankheiten Gemeingut der Ärzte geworden ist, der Laie weifs noch nicht zwischen so grundverschiedenen Krankheiten, wie Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe zu unterscheiden und wirft alles in den gemeinsamen Topf: Syphilis! Weit entfernt davon, Forschern, wie Erb und seinen Anhängern, eine Unkenntnis der syphilitischen Processe vorwerfen zu wollen, hält J. es doch, wie sich aus der statistischen Aufstellung der verschiedenen Autoren ergeben wird, für nicht unwahrscheinlich, dafs so manche Fälle von Ulcus molle, sog. chancre mixte, Erosionen, Herpes progenitalis als syphilitische Primäraffekte, resp. manche Hautkrankheit, als specifischer Ausschlag betrachtet worden sind. Recht bezeichnend spricht nebenbei Moritz Rosenthal von den labilen Zifferunterlagen der Statistiken und meint, dafs dieselben zur Entscheidung der Frage des Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis nicht herangezogen werden dürfen. Wir Syphilidologen wissen am besten, wie schwer, ja geradezu unmöglich es ist, ohne objektiven Befund lediglich aus der Anamnese eine stattgehabte Infektion zu konstatieren. Aber selbst zugegeben, die Syphilis sei als ein wichtiges ätiologisches Moment anzusehen, so mufs doch eingeräumt werden, dafs bei einer grofsen Anzahl von Fällen, bei denen vorher Syphilis vorhanden war, noch andere Momente mitgespielt haben dürften. Man braucht dabei nur an die nach grofsen Kriegen sich häufenden Tabesfälle zu erinnern, wo Erkältungen und Strapazen als erste Ursache herangezogen werden müssen neben Syphilis. Die zweite Frage läfst sich von allgemeinen Gesichtspunkten kaum betrachten; im allgemeinen gehen die Ansichten dahin, dafs die Tabes sich ausbilden kann 1—25 Jahre nach der stattgehabten Infektion; die durchschnittliche Zeitdauer berechnen die meisten auf 8½ Jahre. Von wesentlichster Bedeutung mufs jedenfalls für die Syphilidologen die Frage sein, ob es neben der typischen Tabes noch sog. atypische oder Pseudotabes giebt, wo die tabischen Erscheinungen durch anatomische syphilitische Veränderungen des Rückenmarkes hervorgerufen werden, ferner, ob neben der angeblich durch Syphilis hervorgerufenen typischen Tabes noch sonstige Erscheinungen von manifester Lues vorhanden waren. Eins ist jedenfalls sicher konstatiert, dafs die Tabes nach Syphilis in ihren Krankheitssymptomen keinerlei Unterschiede macht von der sog. typischen Tabes, es sei denn, dafs man die bei früheren Syphilitikern mit Vorliebe auftretenden Gehirnerscheinungen, namentlich Oculomotorius-Lähmungen, als besonderes diagnostisches Kriterium hinstellen will. Zur Beantwortung der dritten Frage, wie der angebliche Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis zu erklären sei, ist vor allem ein näheres Eingehen auf die Theorie über die Entstehung der Tabes durch die schon hervorgehobenen schädigenden Einflüsse nötig. Dafs Erkältungen, sexuelle Excesse, Strapazen, Alkoholismus schwere Schädigungen des Nervensystems, also auch mit Vorliebe des Rückenmarkes bewirken, ist fraglos, ebenso, dafs hereditäre Veranlagung, sowie Bildungsanomalien der Struktur des Nervensystems eine Disposition zu derartigen Erkrankungen setzen. Wenn nun auch zur Zeit eine strikte pathologisch-anatomische Definition für das Zustandekommen der Tabes noch aussteht, so weifs man doch genau, dafs die Nervenelemente durch alle diese Schädigungen primär getroffen werden und die Beteiligung des Bindegewebes eine untergeordnete oder erst sekundäre ist, dafs es sich also hierbei um parenchymatöse Processe handelt, während die Signatur aller syphilitischen Erkrankungen interstitielle oder geschwulstförmige Processe bildet, die stets vom Bindegewebe ausgehen, mit anderen Worten: dafs die Syphilis Herderkrankungen macht, während die Tabes eine Systemerkrankung ist.

Die letzte Frage nach der antisyphilitischen Kur bei Tabes, welche den praktischen Arzt am meisten berührt, hat, wie schon oben erwähnt, durch Herrn Dr. Winklers Mitteilungen für uns speciell ein aktuelles Interesse. Nachdem bisher

die Ansichten selbst vieler Anhänger der Erbschen Theorie dahin gingen, dafs antisyphilitische Kuren wegen der geringen, wenn nicht geradezu schädlichen Einwirkung auf den Krankheitsverlauf der Tabes direkt zu meiden seien, wird in dieser Arbeit eine grofse Menge statistischen Materials angehäuft zum Beweise, dafs Hg in den meisten Fällen Besserung, ja Heilung bewirkt habe. Welchen Einfluſs die neben der antisyphilitischen Kur in fast jedem Falle angewandten Arg. nitr.-Pillen, Elektricitätsmethoden und Bäder auf die meist vorübergehende Besserung gehabt haben, wird geflissentlich übergangen. Gehört aber die Tabes wirklich zu den malignen spätsyphilitischen Erkrankungen, etwa wie schwere Gehirnsyphilis, so können nur enorm grofse Dosen von Jodkalium und Hg in kombinierter Anwendungsmethode eine Garantie für einen etwaigen Erfolg bieten. Ziemsen in Wiesbaden schlägt sogar 10—20 g Ung. Hydr. cin. pro Einreibung vor. J. läfst es dahingestellt, ob es nicht sehr gewagt ist, den ohnehin schon durch ihr schweres Nervenleiden geschwächten Patienten so grofse Dosen von Merkur und Jod zu inkorporieren, namentlich weil Fälle von Tabes mit manifesten luetischen Erscheinungen zur Kenntnis gekommen sind, wo unter einer specifischen Kur die Lues zwar wich, die Tabes jedoch fast regelmäfsig eine Verschlimmerung erfuhr. Ein Analogon sehen wir bei syphilitisch Inficierten, welche an Lungenphthise leiden, die bekanntlich auf Mercur sehr empfindlich zu reagieren pflegt. Geht man nun aber gar so weit, wie Erb rät, in allen Fällen von Tabes eine Schmierkur einzuleiten, so entbehrt dieser Vorschlag jeder Berechtigung und Begründung. Nach diesen Darlegungen, welche durch die Ausführungen seines Assistenten, Herrn Dr. Koch, aus der Litteratur eine weitere Bestätigung erfahren dürften, stellt J. folgende Thesen zur Diskussion:

1. Die Statistiken haben zu viele Fehlerquellen, um zu einem sicheren Resultate über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes zu gelangen.

2. Syphilis steht zur Tabes in keiner ätiologischen Beziehung, höchstens kann sie, wie alle anderen zur Tabes führenden Einflüsse auf ein disponiertes Nervensystem schwächend einwirken.

3. Antisyphilitische Kuren sind bei der Tabes kontraindiciert.

12. Herr Koch: **Statistisches Ergebnis über den Zusammenhang der Syphilis und Tabes.** Nach der Statistik soll nach Vogt in 81%, nach Berger in 50%, nach Lange in 57%, nach Lewinsky in 56%, nach Nägeli in 60%, nach Eisenlohr in 52% und nach Erb in 91% der Tabes Syphilis Ursache gewesen sein. Andere Autoren, wie Westphal, leugnen den Zusammenhang; Moritz Rosenthal will nur in 18%, Remak in 36% Syphilis nachgewiesen haben. Diese Autoren behaupten, dafs Syphilis eine wirkliche Tabes nicht erzeugen könne, da dieselbe entzündliche und nicht degenerative Processe macht. Meyer teilt 19 Fälle von Tabes des Weibes mit, wo keine Syphilis bestand. Das Ergebnis der statistischen Zusammenstellung ist, dafs man etwas Bestimmtes nicht daraus schliefsen kann. Einzelne Autoren sind der Ansicht, dafs die Syphilis nur einen schwächenden Einfluſs ausübt. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind bei Lues ganz anders, als bei Tabes. Es kann ein Syphilitiker Tabes bekommen, aber es ist keine syphilitische Tabes. Syphilis kann alle Organe befallen, aber das syphilitische Gift kann nicht allein die Hinterstränge, ebensowenig wie einzelne Faserzüge inficieren.

Therapeutisch zeigt es sich, dafs Hg die Tabes sogar verschlechtert.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Urticaria nach der Darreichung von Piperazin, von T. H. Bradford. (*Med. News.* 19. November 1892.) Ein 70jähriges Fräulein hatte fünf Tage lang 0,84 Piperazin in refr. dosi täglich eingenommen. Am sechsten Tage traten lebhaftes Brennen und Jucken der Haut nebst Urticariaausschlag hervor. Verfasser glaubt, eine andere Ursache als die medikamentöse ausschliefsen zu müssen. Nach kurzer Zeit gingen die Symptome vorüber, und auch das eigentliche Leiden (Gicht) machte sich bisher nicht wieder bemerkbar. *Philippi-Nieheim.*

Blutbefunde und Kulturversuche in einem Falle von Purpura haemorrhagica, von J. Denys. (*Centralbl. f. allg. Patholog. u. pathol. Anatomie.* 1893. No. 5.) In zwei Fällen von Purpura haemorrhagica hat Verfasser früher eine mächtige Abnahme der Blutplättchen konstatiert; in einem dritten gelang das nicht, vielleicht, weil die Blutungen sich auf einen einzigen Ausbruch mehrere Tage vor der Blutuntersuchung beschränkt und in der Zwischenzeit neue Plättchen sich gebildet hatten. Jetzt berichtet Verfasser über einen vierten Fall, den er allerdings nur am Tage des Todes gesehen hat. Die Untersuchung des der Fingerkuppe entnommenen Blutes ergab: starke Abnahme der Anzahl der roten, starke Zunahme der weifsen Blutkörperchen, Anwesenheit besonderer Elemente, die als in Auflösung begriffene Leukocyten angesehen werden können, Abwesenheit von Blutplättchen. Die Sektion ergab Ekchymosen der Haut, des Herzbeutels, des Zwerchfells, des Magens, des Dünndarms und der Schleimhaut der Gebärmutter; Nephritis. — Bemerkenswert ist der Befund von einer grofsen Anzahl dünner Bacillen in der Mucosa, in den geschlossenen Follikeln und den Peyerschen Plaques, wie auch in den lymphatischen Gefäfsen. Ob diese Bacillen irgend welche Beziehungen zu der Krankheit haben, läfst Verfasser dahingestellt; jedenfalls wird man dem Darm künftig bei derartigen Leiden besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von W. R. Eareckson. (*Med. News.* 7. Januar 1893.) Ein 9 Monate altes Kind (Knabe) machte eine Cholera infantum vor einigen Tagen durch. Acht Tage nach der völligen Heilung trat im Gesichte ein intensives Erythem auf, das aber bald verschwand und einer reichlichen Aussaat von stecknadelknopfgrofsen, hämorrhagischen Flecken Platz machte. Letztere traten bald darauf auch an den Beinen, Füfsen, Händen in unzähliger Anzahl hervor. Später löste sich an diesen Stellen die Epidermis in grofsen Stücken ab. Es traten heftige Blutungen aus der Haut, sowie aus der Nasenschleimhaut, Bronchien und wahrscheinlich auch im Gehirn hinzu. Der Tod erfolgte indessen erst am 21. Tage nach dem Auftreten des Erythems. *Philippi-Nieheim.*

Morbus maculosus (Purpura simplex) als Infektionskrankheit, von R. Grüning. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 12.) Die Mitteilung des Verfassers bringt einen sehr interessanten Beitrag zu der Auffassung gewisser Formen von Purpura als Infektionskrankheit.

Drei jugendliche Individuen, von 3, 4 und 16 Jahren, von denen zwei Geschwister in einem Zimmer wohnen, das dritte zu einer anderen auf demselben Flur wohnenden

Familie gehört, erkrankten kurz hintereinander. Das 3jährige Kind litt am schwersten; die Krankheit dauerte 6 Wochen und ging mit bald mehr kontinuierlichem, bald mehr remittierendem Fieber in eigentümlichen Schüben einher, zwischen denen kurzdauernde Intermissionen lagen. Den Fieberexacerbationen entsprechen stets neue Ausbrüche von Purpuraflecken. Gleichzeitig bestand eine heftige Bronchitis, die zu lobulären Pneumonien führte. Anhaltendes Erbrechen und Druckempfindlichkeit des Bauches schwanden erst mit dem Fieber. Die Diagnose war anfangs schwierig, da eine Flecktyphusepidemie kurz vorher im Hause geherrscht hatte.

Bei der 16jährigen Schwester war ein hohes, am 14. Tage kritisch abfallendes Fieber vorhanden neben reichlichen hämorrhagischen Eruptionen. Nachschübe traten hier nicht ein; Druckempfindlichkeit des Abdomens, Bronchitis, eine katarrhalische Pneumonie waren auch vorhanden. — Bei der dritten Patientin bestand das hohe Fieber mit Delirien schon 11 Tage, als die Hämorrhagien auftraten; seitens der Bronchien und des Darmes waren dieselben Erscheinungen, wenn auch in etwas schwächerem Maſse, vorhanden.

Die Gleichzeitigkeit der Erkrankung, der gesamte Krankheitsverlauf, das stark fieberhafte, 8—11 Tage dauernde Prodromalstadium sprechen für eine Ursache infektiöser Natur. — Alle drei Patienten genasen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Haematoma vulvae et vaginae. Morbus maculosus Werlhofii, von M. Warszawski. (*Gazeta Lekarska.* 1892. No. 41. *Internat. klin. Rundschau.* 1893. No. 17.) Bei der am 11. Tage des Wochenbetts befindlichen Patientin trat eine Stunde nach einer Uterusausspülung unter Erscheinungen einer akuten Anämie eine kolossale Anschwellung des Perineum und der rechten Schamlippe auf, welche das Urinieren und die Defäkation behinderte. Erst drei Wochen, nachdem die Patientin von dieser Affektion geheilt, das Spital verlassen, stellte sich unter Metrorrhagien das Bild des Morbus maculosus Werlhofii ein. Erst Hydrastin. muriat., 0,025 3 mal täglich in Pillen, stillte die Blutung, die selbst auf Tamponade und Secale nicht gewichen war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Peliosis rheumatica, von C. R. Barham. (*New York. med. Journ.* 11. März 1893.) Eine 22jährige Irländerin zeigte gleichzeitig mit fieberhaften rheumarthritischen Erscheinungen einige leicht erhabene, infiltrierte, nagelbis eigroſse rote Flecke, namentlich auf der Streckseite der Unterschenkel. Heilung der Gelenkaffektion in einigen Tagen, der Hautstörung in vier Wochen. Verfasser bespricht die hauptsächlichen Ansichten von der Ätiologie des Leidens und schlieſst sich der Crockerschen Auffassung desselben als eine durch die gleichen Ursachen wie der Rheumatismus bedingten Abart des Erythema exsudativum an.

Philippi-Nieheim.

Symmetrische Gangrän, von Dardignac. (*Rev. de Chir.* 1892. No. 9.) Im Verlauf einer infektiösen Grippe entstand bei einem Soldaten eine Gangrän aller zehn Finger, bei der allerdings vielleicht die Einwirkung von Kälte (Exercieren bei — 6°) mitgespielt hat. Verfasser nimmt eine trophische Störung als Ursache der Gangrän an. (Jedenfalls entspricht das Bild nicht dem, was wir gewöhnlich unter Raynauds symmetrischer Gangrän verstehen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Akute Exantheme.

Zur Bakteriologie der Kuhlymphe, von S. Monckton Kopeman. (*Med. Press.* 30. März 1892.) Verfasser fand bakteriologisch in der Kuhlymphe M. pyogenes aureus, cereus, flavus und albus. Die Anwesenheit derselben war offenbar zufällig, denn ihre Verimpfung rief nur einfache Entzündung hervor. Bei Erhitzung auf 48° wurden die

Kokken getötet, und die mit dieser Lymphe geimpften Kälber waren gegen Impfung mit frischer Lymphe immun, bekamen aber nach Impfung mit derselben Lymphe typische Vaccinepusteln. Nach längerem Stehen zeigt die Lymphe eine Trübung, gleichzeitig nimmt ihre Kraft ab. Durch Zusatz von Glycerin läfst sich die Trübung verhindern, ohne dafs die Lymphe an Kraft einbüfst. *F. Hahn-Bremen.*

Über Variola abortiva, von Maurice Coste. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 105.) Unter Variola abortiva versteht C. eine Form von Pocken, bei der es nur zur Entwickelung ganz weniger Pusteln kommt. Diese Pusteln, 1 bis 4 an der Zahl, können dabei noch so versteckt, z. B. im Rachen, sitzen, dafs man die Krankheit völlig verkennt oder etwa eine Pharyngitis herpetica diagnosticiert. Die einzige vorhandene Pustel kann sich auch auf der Cornea entwickeln und eine Keratitis phlyctaenulosa vortäuschen. Nur im letzteren Falle ist die Krankheit bedenklich. Die Kenntnis von dem Vorkommen der Variola abortiva ist wegen der Ansteckungsgefahr wichtig. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Varicella gangraenosa mit tödlichem Ausgange, von A. F. Büchler. (*Americ. Journ. of the Med. Sc.* September 1889.) Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um ein 4jähriges Mädchen, das gleichzeitig mit zwei älteren Geschwistern von Varicellen befallen wurde. Während jedoch bei diesen die Krankheit den gewöhnlichen, milden Verlauf nahm, wurden bei dem Mädchen einige Bläschen gangränös, und unter den Anzeichen einer Septikämie trat nach 9 Tagen der Tod ein. Verfasser beschreibt ausführlich die Beschaffenheit des Ausschlages und den Verlauf der Krankheit. Sodann wird die diesbezügliche Litteratur und die Ätiologie besprochen. Verfasser glaubt, dafs in den ärmlichen, stark gesundheitswidrigen Verhältnissen, in welchen sich das Kind befand, die Bedingungen für die Entwickelung pathogener Mikroorganismen gegeben waren.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Masernrecidiv, von W. Streng. Aus der med. Klinik zu Leipzig. (*Deutche med. Woch.* 1892. No. 48. *Deutsche Med. Zeit.* 1893. No. 15.) Ein 6jähriges Mädchen bekam am 12. Tage nach der Eruption eines Masernexanthems, das bereits vollkommen geschwunden war, unter erneuter Temperatursteigerung ein zweites Exanthem, noch stärker als das erste und von katarrhalischen Erscheinungen begleitet. Dasselbe schwand, nachdem das Fieber vom 14. zum 15. Tage kritisch abgefallen war; am 22. Tage war das Kind bis auf eine Otorrhoe gesund. — Es handelt sich um Recidiv und nicht um Nachschub, da ein von Exanthem und Katarrhen freies Intervall zwischen liegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Rubeolae, von Favier. (*Rev. de méd.* 1892. No. 8.) Auf Grund von 18 Fällen giebt Verfasser folgendes Bild der Rubeolae: Beginn ohne Prodrome mit Fieber, Angina, Nasenkatarrh, Conjunctivitis, Husten, alles aber nur sehr wenig ausgesprochen. Nach 1—3 Tagen Eruption, der Ausschlag schwindet am zweiten Tage, ohne Abschuppung zu bewirken. Der Ausschlag gleicht dem Masernausschlag, zeigt sich aber gleichzeitig am ganzen Körper. Die höchste Temperatur fällt mit der stärksten Entwickelung des Exanthems zusammen, die Defervescenz tritt plötzlich ein. Nach Abfall des Fiebers bleibt die Temperatur 5—6 Tage subnormal (unter 37°). Komplikationen sind nicht beobachtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Für zweifelhafte, nicht sehr scharf markierte Fälle von **Typhus exanthematicus** giebt Netter in der *„Société médicale des hôpitaux“* folgende diagnostische Anhaltspunkte an, welche auf die Ätiologie Bezug haben: 1. Auftreten der Krankheit im Winter oder Frühling; 2. den Umstand, dafs fast ausnahmslos (abgesehen vom Wärter-

personal) vagierende Individuen von der Krankheit befallen werden; 3. die hohe Kontagiosität, die sie vom Abdominaltyphus unterscheidet; 4. die Kürze des Verlaufs; 5. die hohe Zahl der Todesfälle; 6. das im Mittel höhere Alter an Befallen, verglichen mit dem Abdominaltyphus; 7. eventuelle frühere Erkrankung am Abdominaltyphus; 8. die leichtere Übertragbarkeit auf Ärzte und Wärterpersonal.

In der Diskussion berichtet Le Gendre über einen Fall mit zahlreichen Embolien in den Lungen, sowie in einer Arteria femoralis. Einen im Blute dieses Patienten nachgewiesenen, dem Ebertheschen Mikrobion ähnlichen Pilz wagt L. G. nicht mit Bestimmtheit als den Erreger des Flecktyphus zu erklären. (*Progrès médical.* No. 17. 1893.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die äufserliche Behandlung des akuten vesikulären Ekzems, von Louis A. Duhring. (*The journ. of the Am. med. Ass.* März 1893.) Die Applikationsmethode ist von grofser Wichtigkeit. Bei akuten erythematösen Ekzemen werden Flüssigkeiten und Pasten besser vertragen als Salben. Gut genährte Haut mit kräftigem Gefäfstonus an muskelstarken Individuen wird unter Waschungen, dünne, blasse, anämische Haut unter Applikation von Fetten eher heil. Das Einreiben ist bei akuten Ekzemen verboten, da es die Haut reizt. Die einzelnen Medikamente werden von der Tagesströmung beeinflufst, obgleich gewisse Mittel stets ihren Platz behaupten, so die Aq. phagedaenica nigra. Diese wird mit 1—2 Teilen Aq. Calcis verdünnt und Alkohol oder Tragakanthschleim (1 : 60) zugesetzt. Flüssigkeit samt Sediment wird auf die blasige oder nässende Fläche 20—30 Minuten aufgelegt, sodann läfst man sie antrocknen und legt Zinksalbe oder Zinksalbenmull darüber. Das Ganze wird 3—4mal in 24 Stunden wiederholt. Jucken und Brennen hört oft sofort auf. Gut wirkt auch eine koncentrierte Borsäurelösung mit etwas Alkohol und Glycerin, namentlich bei macerierter Hornschicht, oder eine schwache Resorcinlösung:

Resorcin	0,5—1,0
Glycerin	0,5
Aq. destill.	50,0.

Bei erhaltener Hornschicht kann die Lösung verstärkt werden. Salicylsäure, als Salbe (1 : 50), ist in subakuten Fällen und bei Recidiven wertvoll. Als Pastenbasis ist die Lassarsche geeignet; das Zinkoxyd kann durch Calamina 1—2 : 8) ersetzt werden, welches nicht so weifs ist. Auch das Pickesche Liniment (Tragakanth 5,0, Aq. bullient. 93,0, Glycerin 2,0, Acid. boric. 2,0) ist zweckmäfsig. Auch suspendierte Pulver üben einen wohlthuenden Einfluſs aus, so z. B.:

Calamin. praep. subt. pulv.	
Zinc. oxyd.	ää 2,0
Glycerin gtt. XV.	
Aq. Calcis	120,0.

Magisterium Bismuthi kann Zink und Galmei ersetzen, Resorcin 1—2%, Tinct. Rusc., Karbolsäure, Ichthyol, Zinksulfat (0,25—1,0 : 500) können hinzugefügt werden. Gut wirkt auch:

Zinc. sulfur.	
Kalii hydrosulfurat.	ää 0,2—0,5
Aq. destill.	200,0.

Die Salze müssen getrennt gelöst und dann erst gemischt werden. — Ung. diachyl., Ung. vaselin. plumbic., Ung. Zinc., Ung. Bismuth. subnitr. (7,5 : 40,0), Kühlsalben, Coldcreams sind brauchbar, mit oder ohne Zusatz von Bor-, Salicyl-, Karbolsäure.

Indifferente Pulver, an sich wenig wertvoll, können nach lindernden Waschmitteln nützlich sein; mit Medikamenten gemischte Pulver reizen leicht. Reinigende Agentien sind mit Vorsicht anzuwenden, einfaches Wasser und Seifen werden schlecht vertragen; alkalische Waschungen, Öle und Glycerin verschlimmern die Krankheit. Ruhe ist zur Verminderung des Reizes und Herabsetzung der kapillären Cirkulation besonders wichtig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *der Cutis.*

Über das perforierende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand, von Richard Otto. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1892. No. 46.) Die zuerst von Voltolini als Ulcus septi nasi perforans beschriebene Erkrankung hat mit Lues oder Tuberkulose nichts zu thun. Verfasser teilt einen Fall mit, bei dem sich bei einem schwächlichen Knaben im Anschluſs an eine Perityphlitis und häufiges Nasenbluten ein Geschwür am Septum entwickelte, das allmählich zur Perforation führte. Heilung unter häufigen Ätzungen. Die Erkrankung beschränkt sich stets auf den knorpeligen Teil des Septums; von Mikroorganismen wurden Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcus pyogenes gefunden. Verfasser nimmt mit Zuckerkandl und Hajek als prädisponierendes Moment die häufigen Blutungen an, die zu mangelhafter Ernährung und allmählicher Nekrose der Schleimhaut und des Knorpels führen. Die Blutungen werden wohl meist traumatischen Ursprungs sein (Bohren in der Nase). Die Erkrankung ist sehr häufig bei Chromarbeitern, findet sich auch bei Cementarbeitern. Gegen luetische Basis spricht die Wirkungslosigkeit des Jodkaliums, sowie die Beschränkung auf den knorpeligen Teil des Septums. Spuren von Tuberkulose fanden sich bei den beobachteten Fällen ebenfalls nicht. *F. Hahn-Bremen.*

Über Pseudohypertrophie und einen Fall von Elephantiasis Arabum, entstanden infolge einer Neuritis ascendens, von Emil Simon. (Dissert. Würzburg 1891.) Griesinger hat zuerst die Pseudohypertrophia muscularis beschrieben. Seitdem ist diese ziemlich rätselhafte Krankheit Gegenstand wiederholter Publikationen geworden. So hat neuerdings Erb durch seinen Vortrag über Dystrophia muscularis progressiva (*Volkmannsche Samml. klinischer Vorträge,* neue Folge No. 2) wieder die Aufmerksamkeit auf diese bis zum heutigen Tage noch dunkle Krankheit gelenkt.

Verfasser berichtet im folgenden über den heutigen Standpunkt der Pseudohypertrophiefrage, wie er sich aus den diesbezüglichen Publikationen von Erb, Leyden, Friedreich, Duchenne, Möbius u. a. ergiebt, und teilt sodann ausführlich einen Fall mit, der in Prof. Schönborns Klinik zur Operation und Obduktion gekommen ist.

Aus den makroskopischen und mikroskopischen Befunden dieses Falles zieht Verfasser folgende Schlüsse:

Die Pseudohypertrophie ist als ein centrales Leiden anzusehen. Die sensiblen Nervenfasern sind intakt; die motorischen Bahnen höchstwahrscheinlich ebenfalls. Dagegen sind die meisten trophischen Fasern an ihrer Ursprungsstelle im Rückenmark in der Weise beeinträchtigt, daſs sie in falsche Bahnen gelenkt, in ihrem Einflusse auf das Wachstum des Fett-Bindegewebes gehemmt werden und die schrankenlose Wucherung desselben nicht mehr hintenanzuhalten vermögen. — Verfasser folgt bei dieser Annahme der Hypothese Rindfleischs, nach welcher die Geschwülste den Fortfall gewisser Hemmungen trophischer Art im Nervensystem ihr Entstehen verdanken. *C. Berliner-Aachen.*

Chirurgisch-bakteriologische Mitteilungen, von Julius Schnitzler. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 21.)

Abscesse, bedingt durch seltenere Eitererreger.

1. Bei einem 1jährigen Kinde fand man in einem Abscefs des rechten Oberarms nur den Fränkel-Weichselbaumschen Diplococcus, den man in vollvirulenten Reinkulturen züchten konnte. Irgend eine auf Pneumonie deutende Affektion war weder bei dem Kinde, noch bei den Hausgenossen vorausgegangen.

2. Eine Frau erkrankte zwei Monate nach einem fieberhaften Puerperium unter septischen Erscheinungen, die auf einen Eiterherd in der Leber deuteten. Trotz Operation ging sie zu Grunde. In der Leber fanden sich neben einem grofsen Abscefs zahlreiche kleine; den Ausgangspunkt bildete wahrscheinlich ein ulceröser Procefs in der Ileocökalgegend des Darms. Aus dem Eiter konnten zu zweien, seltener zu vieren angeordnete Bakterien gezüchtet werden, die eine Zwischenform zwischen Pneumoniecoccus und Streptococcus pyogenes darstellten. Die Kulturen riefen im Kaninchenbulbus Eiterung ohne Allgemeininfektion hervor.

3. In einem sich in das Ellenbogengelenk erstreckenden Abscefs bei einem 2jährigen Kinde fand sich nur Staphylococcus cereus albus, der schon von Passet, Levy, Limbourg im Eiter gefunden. Durch Kulturen konnten die letztgenannten Autoren ebenso wie der Verfasser im Kaninchenauge nur plastische Entzündungen hervorrufen. Durch Einreiben in die Haut konnte keine Furunkulose erzeugt werden; ebenso bewirkte die subkutane Injektion der Bouillonkultur keine Eiterung.

Zur Therapie der Pustula maligna. Die 28jährige Patientin bemerkte vor 3 Tagen am untersten Ende des Radius ein gelbes Knötchen, dazu gesellten sich am folgenden Tage hohes Fieber mit Schüttelfrost, Schwellung des gesamten Vorderarms. Diese war ziemlich derb und schmerzlos. An dem unteren Radiusende sitzt eine bohnengrofse, sanguinolente Blase, deren Umgebung derb infiltriert ist. In der Achselhöhle sind mäfsig geschwollene Drüsen fühlbar. Im Blaseninhalt fanden sich Milzbrandstäbchen, daher sofortige Exstirpation der Pustel samt der Randpartie und Verschorfung des Grundes. Trotzdem bleibt das Fieber (39,6) bestehen, schwellen die Drüsen noch mehr an, die deshalb exstirpiert werden. Sie sind dunkelblaurot, hämorrhagisch infiltriert. Am folgenden Morgen ist Patientin fieberfrei und bleibt es. Die Achselhöhlenwunde heilt per primam, die Schwellung des Vorderarms geht nur langsam zurück. Virulente Bacillen liefsen sich aus dem Pustelinhalt, aus den Drüsen, nicht aber aus dem Blute und der ödematösen Flüssigkeit züchten. Auch die Milch der säugenden Frau war frei von Bacillen. Der Anteil der Entfernung der Lymphdrüsen an dem günstigen Verlauf ist wohl kaum zu bezweifeln. Nach den Untersuchungen von Colin und Nissen, welche die Verbreitung des Milzbrandgiftes auf dem Wege der Lymphbahnen bewiesen haben, ist ja die Sachlage verständlich. Kurloff ist in ähnlicher Weise verfahren mit demselben günstigen Erfolge.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die antiseptische Behandlung der Akne und Furunculosis, von Eugen Gurin. (*Russkaja Medicina.* 1893. No. 4—5. *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 19.) Verfasser verwirft die chirurgische Behandlung von Furunkeln und Karbunkeln und schlägt die Anwendung von Kompressen oder parenchymatösen Injektionen vor. Er giebt folgende Formeln:

Chloroform	30,0	*Chloroform*	30,0	*Hydrarg. bichlorat.*	0,1—0,3
Ol. cinamon.	10,0	*Ol. caryophyllor.*	5,0—20,0	*Phenol.*	1,0—3,0
Phenol.	1,0—3,0	*Kreosot*	1,0— 2,0	*Spirit. vin.*	10,0—20,0
Ol. camphor.	50,0	*Ol. camphorat.*	50,0	*Aq. dest.*	90,0

Hydrarg. salicyl.	0,1— 0,3	*Hydrarg. bijodat.*	0,1— 0,3
Acid. salicyl.	1,0— 2,0	*Tinct. Jod.*	1,0— 2,0
Spirit. vin.	10,0—30,0	*Glycerin.*	50,0
Aq. dest.	80,0	*Aq. dest.*	50,0

Phenol.	0,1—0,2	*Phenol.*	0,1—0,2	*Jodoform.*	0,3—0,5
Hydrarg. bichlorat.		*Natr. salicyl.*		*Salol.*	0,5—1,0
(*s. cyanatum*)	0,005—0,01	*Natr. biborac.*	1,0	*Phenol.*	0,1
Natr. chlor.	0,07	*Glycerin.*	2,0	*Aether.*	2,0—4,0
Aq. dest.	10,0	*Aq. chloroform.*	8,0	*Spirit. vin.*	6,0—8,0
MDS. Zur Injektion.		MDS. Zur Injektion.		MDS. Zur Injektion.	

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Pharyngomycosis leptothrica, von Max Stern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 20.) Obgleich der Leptothrix ständig in der Mundrachenhöhle vorhanden ist, wird er doch selten pathogen und bildet dann grofse Mengen von Kulturen auf den Tonsillen, den Gaumenbögen, der hinteren Rachenwand und, wenn auch nur ausnahmsweise, auch im Larynx und Oesophagus. Es ist wahrscheinlich, dafs eine besondere Irritation der Schleimhaut die Gelegenheit zu dichteren Ansiedelungen geben muss. Die subjektiven Symptome sind so unbedeutend, dafs man deshalb höchstens im vorgerückten Stadium den Arzt aufsucht. Verfasser beschreibt zwei Fälle: Bei einer 36jährigen Dame fanden sich auf den Tonsillen und am Zungengrunde gelblich weifse Exkrescenzen, punktförmig bis gerstenkorngrofs, die fest auf der Schleimhaut aufsafsen, so dafs sie mit dem scharfen Löffel entfernt werden mufsten. — Ein 20jähriger Student der Medicin hatte auf den vorderen Gaumenbögen beiderseits beinahe symmetrisch vier etwa 3—4 mm lange und 1—2 mm breite gelblich-weifse Klumpen von käsigem Aussehen neben einer heftigen Pharyngo-Laryngitis. Diese Auflagerungen safsen sehr fest und tief in der Schleimhaut und konnten auch nur durch den scharfen Löffel entfernt werden. Mikroskopisch bestanden sie aus mit Epithelien gemischten Leptothrixfäden. — Die Diagnose der Pharynxmykose dürfte nicht schwer sein; der chronische Verlauf, die geringen Beschwerden, das Erscheinen kleiner, weifser, hervorragender Flecken, besonders an den Tonsillen, charakterisieren das Leiden. Der Zusammenhang desselben mit Zahnkaries ist nicht klar. Die Therapie kann nur in der Entfernung mit dem scharfen Löffel bestehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung des Anthrax, von Glinski. (*Botkins Spitalzeitung.* 1893. No. 4. *Therap. Blätter.* 1893. No. 4.) An der Infektionsstelle und in deren Umgebung werden oberflächliche Einschnitte gemacht und diese mit koncentrierter alkoholischer Karbollösung geätzt. Aufserdem wird, bis die Temperatur normal ist, 2—3 mal täglich 2—4 Spritzen einer 2%igen Karbollösung subkutan injiciert. Darnach geht die Geschwulst zurück, die Temperatur wird normal, die geätzten Teile fallen ab, der Patient wird gesund. Bei Ätzung ohne nachfolgende Injektion starben 25,8% der behandelten Fälle. 12 Kranke, bei denen Ätzung und Injektionen vorgenommen wurden, genasen, trotzdem in drei Fällen schon Allgemeininfektion erfolgt war und Anthraxbacillen im Blute gefunden wurden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die typische Ausräumung der Leiste, von Carl Lauenstein. Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. 35. p. 573.) Im Seemannskrankenhause hat L. 191 Leistenbubonen behandelt, wovon 38% traumatische, d. h. nach kleineren Verletzungen am Beine entstandene waren. 9 gingen ohne Operation zurück, 53 erforderten ausgiebige Spaltung mit oder ohne Auslöffelung, 129 typische Drüsenausräumung, die 29 mal eine beiderseitige war. Es können zwei Schnitte dazu verwendet werden, ein Schrägquerschnitt, parallel dem Lig. Poupartii, und ein Vertikallängsschnitt in der Achse des Beines; meistens ist eine Kombination der Schnitte nötig. Der letztere Schnitt heilt mit breiter, der erste mit linearer Narbe. Nach Zurückschlagen der Haut werden die Drüsenpakete thun-

lichst in toto herauspräpariert; soweit möglich wird dabei stumpf vorgegangen. Sorgfältige Blutstillung, eventuell Resektion der von der Drüse umlagerten Vena saphena. Die trichterförmige Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert, welche zur Vermeidung von Ekzemen nicht auf die Haut kommen darf. Von 129 mit typischer Ausräumung starb niemand. Einer starb nach Incision des Drüsenabscesses an Chloroform; ein alter Herr, dem die Vena femoralis verletzt war, starb an Pyämie. Die Heilungsdauer betrug 62,7 bis 47,7 Tage. In den letzten Jahren kam die Heilung schneller zu stande dank dem aseptischen Verfahren statt des antiseptischen. Bei zwei Fällen verwandelte sich die Wunde in ein serpiginöses Geschwür; bei einem wurde die Femoralvene verletzt, und es blieb eine Neigung zu Varicen und Beingeschwür trotz sofort angelegter Venennath. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Ätiologie der Gasphlegmone (Phlegmone emphysematosa), von E. Fraenkel. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XIII.) In vier Fällen von Gasphlegmonen züchtete Fraenkel einen Bacillus, den er als charakteristisch für die Krankheit ansieht. Rosenbach, Levy und Klebs haben denselben gesehen, aber nicht gezüchtet. Er ähnelt dem Milzbrandbacillus, ist unbeweglich, anaerob, oft in Form gegliederter Fäden. In 3 Fällen fanden sich daneben noch andere pathogene Bakterien, in einem Falle — bei einem Cholerakranken — war nur dieser specifische Bacillus zu finden; der letzte Fall verlief letal. Die Kulturen gelangen in Wasserstoffatmosphäre mittelst des Plattenverfahrens am besten in Glycerinagar, das ameisensaures Natron enthielt. Die Bakterien wuchsen unter starker Gasentwickelung üppig. — Sie färben sich mit allen Anilinfarbstoffen, am besten nach der Löfflerschen und Gram-Weigert-schen Methode. Subkutane Injektionen von Kulturen erzeugten bei Meerschweinchen ganz analoge, mit Gasbildung einhergehende Entzündungen, wie man sie am Menschen beobachtet. In der Gewebsflüssigkeit im Bereiche der Entzündung findet man massenhaft Bacillen. — Bei gleichzeitiger Einverleibung pyogener Kokken mit den gasbildenden Bacillen wird das Exsudat trübe, eitrig, übelriechend; ähnliches beobachtet man beim Menschen nach Mischinfektionen. — Verfasser hält die Frage nach der Ätiologie der Gasphlegmonen für aufgeklärt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall gashaltiger Cyste, von Konrad Büdinger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 20.) Dafs Gasphlegmonen durch Bakterien hervorgerufen werden, ist ja bekannt; Chiari hat jüngst in einem solchen Fall das Bacterium coli commune gefunden. Ohne Entzündungserscheinungen entsteht Gas in geschlossenen Hohlräumen nur selten und ist dann schwer zu erklären. Cantani und Dressler haben eine kleine Hausepidemie, welche 1863 im Prager Krankenhause sich abspielte, berichtet. Es fand sich Gas in einem serösen Erguſs der Pleurahöhle, darnach in drei Cysten, die alle mit demselben Troikart punktiert waren; es handelte sich also wahrscheinlich um Übertragung durch den Troikart. — In dem Falle des Verfassers handelte es sich um eine Cyste im Labium majus bei einem 16jährigen Mädchen, die 14 Tage früher von einem Arzte mit der Pravazschen Spritze punktiert war. Die leicht exstirpierbare Cyste, die bei der Perkussion hellen tympanitischen Ton gegeben hatte, enthielt eine Menge nach Fettsäure riechendes Gas; es handelte sich um eine Dermoidcyste. Mikroskopisch fanden sich in der Wand und dem Inhalt massenhaft Kokken in kleinen Haufen und kurzen Ketten, am häufigsten zu zweien geordnet, aber doch mehr getrennt als die ebenso grofsen Gonokokken. Alle Kulturen ergaben diesen Diplococcus, sie entwickelten sich aber nur bei Körpertemperatur. Das anaerobe Wachstum überwiegt. Es scheint also dieser Mikroorganismus der Urheber der Gasbildung zu sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die infektiöse Natur des Carcinoms. (*La riforma medica.* 1893. No. 24.) Unter Zugrundelegung einer im *British medical journal* (14. Januar 1893) von Coats publicierten Abhandlung über diese Frage werden die verschiedenen Momente einander gegenübergestellt, welche für und gegen eine infektiöse Natur des Carcinoms sprechen. In erstorem Sinne wäre zu verwerten die in gewissem Grade bestehende Ähnlichkeit des Carcinoms mit dem Molluscum contagiosum, welches ebenfalls eine epitheliale Neubildung darstellt und mit dessen Ätiologie die Psorospermien in Zusammenhang gebracht wurden; ferner zwei Beobachtungen von Coats: die eine betrifft einen Fall von Carc. pylori, wobei sich auf der Ösophagusschleimhaut überaus zahlreich disseminierte Epithelwucherungen zeigten, die jedoch keine wirklichen Carcinome darstellten; hier sollte das produktive Agens des Magencarcinoms die Osophagusschleimhaut hyperplastisch beeinflufst haben (?). Die zweite bezieht sich auf einen Fall von Struma, bei der sich gleichzeitig auf den Kopfknochen, diese teilweise arrodierend, zahlreiche Tumoren vorfinden, welche die Struktur der Thyreoidea aufwiesen, welcher Umstand für eine infektiöse Natur der Struma sprechen würde. (Sollte es sich aber hier nicht vielmehr um Metastasen einer Struma maligna handeln, die sich bekanntlich mit Vorliebe in den Knochen lokalisieren? Ref.)

Die definitive Beantwortung der Frage erhalten wir leider auch diesmal noch nicht.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

La riforma medica (1893. No. 23.) berichtet über die neuesten Untersuchungen von Foà **über die Parasiten des Carcinoms** (*Gaz. med. di Torino.* 1893. No. 3.). Bis jetzt konnte er solche in 10 Fällen (9 Mamma- und 1 Lungencarcinom) nachweisen. Die Mikroorganismen, welche den Coccidien zuzuzählen sind, waren in allen Fällen dieselben, variierten jedoch in ihrer Form je nach ihrer Entwickelungsphase und bestanden aus einem centralen, von eingekapseltem Protoplasma umgebenen, mit Hämatoxylin färbbaren Körperchen. Dieses nimmt stets an Volumen zu und verwandelt sich in eine gelappte Masse, indem es zugleich seine Eigenschaft, Hämatoxylin aufzunehmen, verliert, während es sich nur mit Eosin und Orange färben läfst. Schliefslich zerfällt es in zahlreiche kleinste Körperchen (wahrscheinlich die Sporen), welche ihrerseits in Carcinomzellen eindringen und den beschriebenen Procefs durchgehen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (14. März 1892) zeigt Sonnenburg ein bereits viele Jahre bestehendes **Carcinom der linken Ohrmuschel** und Umgebung bei einer alten Frau, das zum Teil spontan gut ausgeheilt und vernarbt ist. Zum Vergleich stellt er dann noch ein **Rundzellensarkom der Ohrmuschel** vor, das bereits Metastasen gemacht. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 5.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue Behandlung krebsiger Erkrankungen, von Carpenter. (*The Times u. Reg.* 23. Juli 1892, referiert *Deutsche Med.-Ztg.* 1893. No. 12.) Ein Recidiv eines Sarkoms der Brust wurde durch eine „Krebskur" geheilt: 36,0 des Extrakts von Rumex crispus wird mit der 9fachen Menge Wasser verdünnt; dazu 1/4 Theelöffel einer Lösung von 4,0 Extrakt von Phytolacca decandra in 80 Wasser zugesetzt. Die Kranke erhält 3 mal täglich 2 Theelöffel dieser Mischung. Äufserlich 2 mal täglich Einreiben mit

Extr. Phytolacc. fluid.	4
Extr. Rumicis crispi	60
Cer. flav.	30
Adeps benzoat.	90.

Bei ulcerierten Tumoren mufs die Einreibung fortfallen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Disseminiertes lentikuläres Carcinom der Haut, von J. Hyde. (*Amer. Journ. of the med. science.* März 1892.) Die Erkrankung begann mit dem Gefühl von Taubsein im rechten Arm; zugleich traten an der rechten Brustseite zahlreiche rötliche, weiche Knötchen auf, welche sich rasch vermehrten; die Haut beider Brüste wurde rasch ergriffen, und allmählich war die Haut bis zur Taille in ein derbes unelastisches Gewebe verwandelt. Zugleich bestand starke Anämie, Erbrechen, Drüsenschwellung am Halse. Die Krankheit imponierte als Hodgkinsche Krankheit, bis die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Tumors die Diagnose sicher stellte. *F. Hahn-Bremen.*

Multiple Sarkome. Krankengeschichte eines durch grofse Dosen Arsenik gebesserten Falles, von S. Sherwell. (*Am. Journ. Med. Sc.* Oktober 1892.) Es handelt sich um einen 39jährigen Mann, der zuerst wegen eines ca. $3^1/_2$ Zoll im Durchmesser betragenden Sarkoms des linken Oberschenkels in Behandlung kam und kurze Zeit nach der operativen Entfernung des Tumors unzählige Sarkome am ganzen Körper entwickelte. Da sich die chirurgische Behandlung denselben gegenüber als unzureichend erwies, wurde Arsenik in steigenden Gaben bis zur äufsersten Grenze der Toleranz gegegeben. Der auf diese Weise vom Verfasser, sowie von Dr. Wheeler, in dessen Behandlung Patient sich später begab, erzielte Erfolg war ganz überraschend günstig, doch entzog sich der Kranke der weiteren Beobachtung und soll etwa zwei Jahre seit dem ersten Auftreten des Leidens gestorben sein. Verfasser verweist auf die ihm erst später bekannt gewordenen Mitteilungen von Köbner und Funk. *Philippi-Nieheim.*

Über die Erzeugung von Sarkomen durch Psorospermien, von J. J. Claske. *Brit. Med. Journ.* 21. Jan., 1893. Aufser bei verschiedenen Arten von Carcinomen hat Verfasser auch bei manchen Adenomen und Cysten der Mamma Psorosperme gefunden, sowie bei einem Falle von myelogenem Sarkom, worüber er an der Hand von drei Abbildungen ausführlich berichtet. Nach seiner Meinung kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, dafs den Parasiten eine ätiologische Rolle zukomme. Präparate, die von der fortschreitenden peripheren Zone entnommen waren, zeigten fast nichts anderes, als amöboide Parasiten und die Überreste des infiltrierten Bindegewebes. — Gefärbt wurde mit Hämatoxylin und Eosin. Vergr. $^1/_{20}$ Oel-Imm. Leitz u. Oc. II. Zeifs. *Philippi-Nieheim.*

1. **Multiple und symmetrische Lipome,** von Bucquoy. (*Bullet. et mém. de la Soc. méd. des hopitaux.* 1891. No. 2.)

2. **Multiple Lipome bei einem jungen Mädchen,** von Dartigolles. (Ibidem No. 24.)

3. **Symmetrische Lipome arthritischen Ursprungs und ein lipomatöser Tumor, zwischen falschem und wahrem Lipom schwankend,** von Desnos u. Potain. (Ibidem No. 24.)

Bucquoy (1) stellt einen 51jährigen Mann mit zahlreichen bis orangegrofsen, ziemlich weichen, nicht scharf abgrenzbaren Tumoren am Hals, Rumpf und den oberen Extremitäten vor, die symmetrisch angeordnet waren; der Patient litt gleichzeitig an hartnäckiger Ischias. Die Ursache der Entstehung dieser Lipome ist wohl in nervösen Einflüssen zu suchen.

Dartigolles (2) berichtet über eine Patientin mit multiplen Lipomen, die aber nicht so symmetrisch angeordnet waren. Das neuropathisch belastete Mädchen litt gleichzeitig an Migräne, rheumatischen Schmerzen, Ichthyosis am Oberarm, Cirkulationsstörungen, Amenorrhoe.

Desnos (3), der bei einer an Rheumatismen leidenden Frau zahlreiche mehr oder

minder weiche Tumoren beobachtet hat, die oft wieder schwanden, hält diese mehr für Pseudolipome, wie sie POTAIN und VERNEUIL bei Rheumatikern beschrieben haben. POTAIN unterscheidet die Pseudolipome durch ihr rasches Entstehen und das spontane Verschwinden von den Lipomen, Umstände, die sie den rheumatischen Ödemen nähern. Auffallend ist aber, dafs auf Druck keine Grube bleibt und bei der Incision nur sehr wenig Serum abfliefst. Vielleicht ist die Flüssigkeit nicht in den Interstitien des Bindegewebes, sondern in den zelligen Elementen vorhanden. — POTAIN sah bei einem mit solchen multiplen Tumoren behafteten, an rheumatischen Schmerzen leidenden Manne im Anschlufs an eine Erkältung nach vorangehenden Schmerzen am linken Oberschenkel einen orangegrofsen Tumor über Nacht entstehen. Der Tumor nahm schon am nächsten Tage um die Hälfte ab, um dann stationär zu bleiben. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fettgewebe. — MATTHIEU sah 2 Fälle mit symmetrischen Lipomen; beide Kranken litten an Rheumatismus und Ischias.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Lipome der Hand und Finger, von STEINHEIL. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1891.) Verfasser konnte 52 Fälle der recht seltenen Lipome an Hand und Fingern aus der Litteratur zusammenstellen, davon sind 3 an BRUNS' Klinik operiert. Sie hatten ihren Sitz an der Volarseite, zwei der Hohlhand, eins des Mittelfingers rechts (am Handrücken ist nur zweimal ein Lipom beobachtet worden. Diese Lipome finden sich häufiger bei Männern als bei Frauen (während sonst letztere mehr zur Lipombildung neigen), sie sitzen meist rechts und sind selten angeboren, so dafs man im allgemeinen wohl Traumen für ihre Entstehung verantwortlich machen mufs. Dafür spricht auch die Bevorzugung des kräftigen Mannesalters. Sie sitzen meist subaponeurotisch, seltener subkutan, wachsen langsam, machen wenig Beschwerden (meist rheumatoide Schmerzen); häufig werden sie mit Hygromen verwechselt; sie wachsen aber langsamer als diese und bilden nie Zwerchsackformen, wohl aber wachsen sie zwischen den Metakarpalknochen nach dem Dorsum zu. Die Therapie kann nur operativ sein. Den Schlufs der Arbeit bildet die Kasuistik aus der Litteratur.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von multiplen Fibromen der Haut, von HERMANN KOHTZ. (Inaugural-Dissertation. Königsberg 1893.) Verfasser hat einen Fall genau anatomisch-mikroskopisch untersucht, in dem die ganze Körperoberfläche mit unzähligen kleinen und gröfseren, stecknadelknopf- bis kirschgrofsen, verschieden gestalteten fibromatösen Geschwulstknoten bedeckt war. Aehnliche fanden sich an der Serosa des Darms. Der mikroskopische Befund ist für die strittige Frage des Ursprungs der Fibrome von Interesse: Sämtliche Knoten, nach WEIGERT untersucht, waren nervenhaltig. Die Nerven lagen zum Teil in Gestalt kleiner Stämmchen am Rande des Tumorgewebes, teils im Innern desselben. Es fragt sich nun, ob die Knoten Abkömmlinge der bindegewebigen Nervenscheiden sind, oder dieselben nur wie andere Elemente umwachsen haben. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dafs die kleinsten Hautnerven den Ausgangspunkt gebildet haben, wie ja schon v. RECKLINGHAUSEN behauptet hat. Die Tumoren an der serösen Oberfläche des Magendarmkanals lagen konstant zwischen beiden Muskelschichten des Darmrohrs, was eine Beziehung zum AUERBACHschen Plexus myogastricus resp. mesentericus nahe legt. Eigentümlich waren ihnen hyaline, schollige Balken, welche teils einzeln zwischen den Spindelzellen der Darmknoten gelegen sind, teils anastomosierende Züge bilden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Histologie der Bauchdeckenfibrome, von A. RUNCK-Würzburg. (Dissert. 1891.) Verfasser beschreibt zunächst kurz die normale Anatomie der weichen Bauchdecken.

Was die Neubildungen der Bauchdecken betrifft, so sind diese im allgemeinen

selten; relativ am häufigsten kommen die zur Bindegewebsreihe gehörigen Neoplasmen vor — nämlich die Sarkome und Fibrome.

Der Lieblingssitz der Bauchdeckenfibrome ist die Medianlinie der vorderen Bauchgegend. Die Form der Fibrome ist anfangs gewöhnlich länglich, später bei vorgeschrittener Entwickelung ist dieselbe abhängig von gewissen Widerständen, welche von den resistenten Muskeln und den dieselben überziehenden und einschließenden Fascien dem Wachstum und der Ausbreitung der Tumoren entgegengesetzt wird. Die typischen und häufigsten Formen sind dann die Kegel-, Kugel- oder Scheibenform. Die Größe variiert sehr. Die Konsistenz ist hart, derb und sehr fest, wenn nicht Erweichung eintritt.

Das mikroskopische Bild zeigt größere und kleinere Bindegewebsbündel, welche sich nach den verschiedensten Richtungen durchkreuzen.

Was die Ätiologie betrifft, so führt Virchow die im Bereiche des Musculus rectus abdominis vorkommenden Geschwülste auf totale oder partielle Rupturen dieses Muskels zurück. Diese Annahme erklärt auch das relativ häufige Vorkommen der Bauchdeckenfibrome bei den Frauen, die geboren haben, das erste Symptom einer starken Dehnung ist ein intensiver Schmerz. Bald darnach zeigt sich an der schmerzhaften Stelle eine Geschwulst, die bei der Untersuchung sich als ein sogenanntes Muskelhämatom, ein Blutextravasat, erweist. Die zerrissenen Muskelenden schwellen an und bilden mit dem vergossenen Blut eine im Anfang exquisit fluktuierende Geschwulst, aus der sich der sogenannte Muskelcallus, und wenn Resorption nicht stattfindet, das Fibrom entwickelt.

Verfasser beschreibt einen Fall aus der Grazer Klinik.

Das Wachstum der Fibrome ist zumeist ein sehr langsames und erfolgt nach außen und nach innen.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich die mikroskopischen Befunde zweier ihm von Prof. Rindfleisch zur Verfügung gestellter Präparate mit.

C. Berliner-Aachen.

Über die Ätiologie der Papillome, von Fabris und Fiocco. (Ref. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* Fasc. I. 1893.) Verfasser haben neben den gewöhnlichen oberflächlich auftretenden, den Smegmabacillen ähnlichen Pilzen konstant im Derma und der Tiefe der Epidermis von Papillomen Kokken und in langen Reihen sich anordnende Streptokokken nachgewiesen. Dieselben dringen weder in Zellen noch in Blutgefäße ein und lassen sich nach Ehrlich-Weigert leicht färben, nicht aber nach Gram. Verfasser sind nicht der Ansicht von Ducrey und Oro, welche die Parasiten der Papillome zu den Coccidien rechnen, und betrachten vielmehr diese Form als Degenerationsstadium. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein ausgedehnter Fall von Papilloma neuropathicum, von J. Kröner-Würzburg. (Dissert. 1890.) Unter „Papilloma neuropathicum" versteht man jene verhältnismäßig selten zur Beobachtung kommenden warzenartigen Auswüchse der Haut, jene warzigen Naevi, deren Ausdehnung genau dem Verbreitungsbezirk eines einzelnen oder mehrerer Hautnerven entspricht.

Die Krankheit figuriert in der älteren Litteratur unter verschiedenen Bezeichnungen, so: Naevus papillaris (Thomson), Naevus verrucosus (Rayer), Naevus unius lateris (v. Bärensprung), Papilloma neuropathicum (Gerhardt), Nerven-Naevus (Th. Simon), Naevus neuroticus (Neumann).

Verfasser beschreibt im folgenden zunächst eine größere Zahl von derartigen Fällen aus der älteren und neueren Litteratur und schildert dann ausführlich einen Fall, den er persönlich in der chirurgischen Abteilung von Prof. Nussbaum Gelegenheit hatte zu beobachten.

Was die Ätiologie betrifft, so nimmt RECKLINGHAUSEN, teilweise in Übereinstimmung mit anderen Autoren an, dafs es sich hier um die Folge der Vernichtung des Nerveneinflusses auf die Ernährung der Hautgewebe, um trophische Störungen neuroparalytischer Natur handle, welche ungewöhnlicherweise zu einem aktiven Vorgang, zu einer Hypertrophierung der obersten Hautschichten führen. Wahrscheinlich sind bei den Papillomen Angioneurosen, vasomotorische Störungen die nächste Veranlassung zur Hypertrophie. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Xanthoma multiplex, von L. TÖRÖK. Aus der Gesellschaft der Ärzte in Pest. (*Pest. med. chir. Pr.* 1892. No. 44.) Ein 15jähriger Patient litt vor einem Jahre an Gelbsucht. Seit einem halben Jahre finden sich buttergelbe Flecken und Knötchen, erstere an dem innern Augenwinkel, am Mundwinkel, an der Gingiva der Schneidezähne, in den Beugeseiten der Gelenke, am Nacken, am Bauch und besonders in der Inguinalgegend. Die Handflächen sind besonders in den Furchen ganz gelb. — An den Streckseiten der Gelenke, in der Glutealgegend sind die Knötchen stellenweise so dicht, dafs sie der Haut ein verruköses Aussehen geben. — Die mikroskopische Untersuchuug ergiebt stets das Vorhandensein der sogenannten Xanthomzellen, d. h. ein- oder mehrkerniger mit Fetttropfen erfüllter Zellen. Die jüngeren Zellen gleichen den Zellen des entwickelten Fettgewebes und gruppieren sich um die Blutgefäfse. Das Xanthom ist also eine lipomatöse Geschwulst; das Fettgewebe findet sich hier auffallenderweise im Corium, es ist heterotopisch. — Der Zusammenhang mit Icterus und Diabetes ist nicht aufgeklärt. — In einem Falle trat nach der Excision ein örtliches Recidiv ein. MEDVEI bemerkt in der Diskussion, dafs er ähnliche Gebilde bei mehreren Mitgliedern derselben Familie wiederholt angetroffen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Xanthoma multiplex bei einem Kinde, von T. MCCALL ANDERSON. (*Brit. med. Journ.* 3. December 1892.) Bei einem sonst gesunden, 3jährigen Mädchen fand sich am Gesicht, dem Hals, den Schultern, Armen und Beinen ein typischer Ausschlag von Xanthoma multiplex seu tuberosum. Verfasser beschränkt sich darauf, die klinischen Erscheinungen des Falles nebst einer (farbigen) Abbildung zu veröffentlichen, sowie im Anschlufs daran die histologische Untersuchung durch J. COATS. Letztere ergiebt im westentlichen eine chronische Entzündung mit Zellneubildung, sowie fettige Degeneration und das Vorhandensein von Riesenzellen. C. meint, es müsse, nach dem mikroskopischen Befund zu schliefsen, irgend ein Virus, ähnlich wie dasjenige der Tuberkulose, hier wohl im Spiele sein.

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von Keloid auf der Kopfhaut eines vierjährigen Knaben, von FRED. J. LEVISEUR. (*Medical Record.* März 1893.) Die Geschwulst befindet sich auf der Kopfhaut etwa in der Mitte der Sagittalnaht und ist 3 Zoll lang und 1¼ Zoll breit; ungefähr ¼ Zoll ragt sie über die Kopfhaut hervor. Der Tumor ist unregelmäfsig, aber genau begrenzt und zeigt eine glatte Oberfläche; die Epidermis ist zart, die Farbe des Tumors blafsrot. Mit Ausnahme von einigen wenigen sehr feinen Härchen ist die ganze, den Tumor einnehmende Stelle wie auch eine enge Zone in der Umgebung kahl.

Was die Ätiologie betrifft, so giebt die Mutter des Knaben an, dafs derselbe mit dem Forceps geholt worden wäre und nach der Geburt eine kleine Wunde zeigte, nach deren Abheilen der gegenwärtige Tumor entstanden wäre, welcher im Laufe der vier Jahre sich wenig verändert hätte.

Von Interesse ist an dem Falle das frühzeitige Auftreten des Keloids. Vor Eintritt der Pubertät sieht man äufserst selten Keloide entstehen.

Verfasser bespricht die Frage der spontanen und der Narbenkeloide. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind auch die sogenannten spontanen Keloide traumatischer Natur. Bei denselben sind die oftmals sehr geringfügigen ursächlichen Läsionen wahrscheinlich übersehen worden.

Therapeutisch sind Excisionen wegen der stetig wiederkehrenden Recidive nutzlos. Auch die anderen therapeutischen Maßnahmen, wie tiefe Skarifikationen mit nachfolgender Kauterisation, Elektrolyse, kontinuierlicher Druck auf die Geschwulst, resorbierende Pflaster sind nicht von sehr wesentlichen Erfolgen begleitet.

Verfasser sah ein Keloid, das auf einer syphilitischen Narbe entstanden war, unter der specifischen Behandlung verschwinden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein bemerkenswerter Fall von Keloidbildung, von R. W. Taylor. (*New York med. Journ.* 8. Januar 1893.) Die Patientin, eine 23jährige Frau, Mutter von 3 Kindern, stammt aus einer Negerfamilie. Als 10jähriges Mädchen mußte sie häufig im Walde, halbnackt, Holz sammeln und erlitt vielfache leichtere und tiefere Verletzungen. Vor zwölf Jahren wurde zuerst Keloidentwickelung am Hypogastrium und an den Seiten konstatiert und operativ behandelt. Jetzt zeigt die Kranke einen vollständigen Kranz von Keloidtumoren, die in Größe und Form an Ochsennieren erinnern, um den ganzen Rumpf in etwa Nabelhöhe gelagert. Am rechten Ohrläppchen hat sich auch seit 8 Jahren nach dem Durchbohren für Ohrringe ein fast pfundschweres Keloid entwickelt. — Verfasser glaubt, daß auch die „echten" Keloide durch Trauma bedingt werden, denn die histologischen Verhältnisse seien ganz die gleichen.

Philippi-Nieheim.

Ein eigentümlicher Fall von Morbus Addisonii, von Bihler. (Ing.-Dissert. Tübingen 1892.) Über die Beziehungen zwischen Nebennieren und Morbus Addisonii herrscht noch große Mannigfaltigkeit der Ansichten. Averbeck betrachtet den Morbus Addisonii als eine Infektionskrankheit, die zu Anämie und Nebennierenentzündung führt. Jürgens findet regelmäßig Veränderungen im Sympathicus, und Riesel schloß daraus auf eine Läsion des sympathischen Nervensystems ex contiguitate von den Nebennieren aus. Andere Fälle sind ätiologisch vollkommen dunkel, so der vom Verfasser beobachtete. Der Patient hatte einen Icterus catarrhalis durchgemacht und seitdem gekränkelt; er war stark abgemagert; irgend eine specielle Organerkrankung ließ sich nicht nachweisen. Nach und nach wurde die braungraue Verfärbung der Haut immer deutlicher, und Patient starb an fortschreitender Macies. Die Sektion ergab eine geringe Entwickelung der Stirnlappen des Großhirns, im übrigen weder makroskopisch, noch mikroskopisch in Nebennieren, Ganglion semilunare oder N. splanchnici etwas Abnormes. Die Haut der Inguinalgegend zeigte Pigmentation der untersten Reteschichten und Pigmentzellen im Papillarkörper und obersten Coriumschichten. (Nach Zander hat das Stirnhirn Einfluß auf die Entwickelung der Nebennieren, nach Alexander bestimmen die Nebennieren als Lecithin bereitende Organe die Entwickelung des Großhirns.) *F. Hahn-Bremen.*

Über Molluscum contagiosum, von Rieder. (Münch. Ges. f. Morph. u. Phys., nach *Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 3.) Nach einleitenden Bemerkungen über Namen, Begriff, Häufigkeit und Dauer der Erkrankung erörtert Verfasser einen Fall von Molluscum contagiosum, den er zugleich vorstellt. Die Erkrankung besteht bei dem 24jährigen Patienten seit einigen Wochen, und zwar findet sich auf dem behaarten Kopfe ein haselnußgroßer, zerklüfteter Tumor, wie ein Konglomerat von spitzen Kondylomen, aus dem sich eitriger Inhalt mit Molluscumkugeln ausdrücken läßt; radiär um denselben in strahliger Ausbreitung finden sich typische Tochterknoten mit centraler Delle. Diese Lokalisation auf behaarten Stellen ist sehr selten.

Therapie: Ätzung der Knoten und 10% Resorzinsalbe. Verfasser hält die Erkrankung für infektiös, wennschon der sichere Beweis noch nicht erbracht ist; dafs viele Impfungen negativ ausgefallen sind, entspricht unserer Unkenntnis über die Lebensverhältnisse der Gregarinen; das Körperchen besteht aus einer gegen Säuren etc. sehr widerstandsfähigen Substanz, die sich mit Jod braun färbt, ihre Natur ist nicht sichergestellt; das ganze Molluscum ist jedenfalls eine reine Oberflächenwucherung und weist viele Ähnlichkeit mit Kankroiden auf. *F. Hahn-Bremen.*

Über sekundär maligne Neurome, von Garrè. (*Beiträge zur klin. Chir.* Bd. 9. No. 3.) Verfasser konnte 16 Fälle aus der Litteratur zusammenstellen, in welchen sarkomatöse Neurome durch Degeneration von Neurofibromen entstanden waren. Einen Fall fügt er hinzu; derselbe wurde in der Tübinger Klinik beobachtet. Es bestand neben einem sarkomatös degenerierten Neurom eine „Elephantiasis neuromatodes", aus Fibromen, Neuromen, Pigmentierungen sich zusammensetzend. Diese 17 Fälle kommen auf etwa 150 von Elephantiasis neuromatodes; es degenerieren also $^1/_9$ der Fälle. Unter den Ursachen spielen Traumen, namentlich auch operative Eingriffe eine Rolle. Die sekundären malignen Neurome bleiben lange in ihrer Kapsel abgeschlossen, recidivieren meist multipel und regionär in den Nerven, um erst im letzten Stadium in die umliegenden Gewebe hineinzuwachsen und zu metastasieren, während die primären Nervensarkome rasch die Umgebung ergreifen und Metastasen in inneren Organen machen. Die von Virchow als recurrierende Neurome mit lokaler Böswilligkeit bezeichneten gehören nach G. auch zu den sekundären malignen Neuromen. Histologisch gelang der Nachweis von Nervenfasern in den Fibromen. Nur die kleineren Neurofibrome gehen vom Perineurium aus, nicht die gröfseren. Das neugebildete Bindegewebe zeigt vielfach myxomatöse Degeneration. Beim Neurosarkom des Ischiadicus fanden sich grofse Spindelzellen in bindegewebiger Grundsubstanz, mit Endothel ausgekleidete Lymphräume und ein alveolär angeordnetes Adenomgewebe, ausgekleidet mit kubischem Flimmerepithel. Eine Neubildung von Nervenfasern hat nicht statt, vielmehr gehen dieselben im Sarkomgewebe unter.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chloasma uterinum, von A. A. Young. (*New Yorker Med. Journ.* 24. Dec. 1892.) Die als Chloasma bekannte Ablagerung von Pigment in den oberen Schichten der Haut kann durch verschiedene Ursachen bedingt sein, mechanische Reize, Tuberkulose, uterine Anomalien etc. Verfasser führt zur Bestätigung der Bedeutung dieses letzteren Momentes eine Reihe von Beobachtungen an. Bei den von ihm daraufhin untersuchten Kranken fand sich stets ein abnorm grofser, schlaffer, verdickter Uterus (Subinvolution). Excesse in venere seien hierbei ein Hauptfaktor. Therapeutisch kommen neben Pinselungen der afficierten Haut mit Sublimatlösung (0,3 : 30,0) diejenigen Mittel in Betracht, welche Kontraktionen des Uterus hervorrufen (Galvanisieren, Einlegen eines Jodoformstiftes u. dergl.) *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Braunfärbung der Haut nach Arsengebrauch, von Julius Engel-Reimers. (*Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten.* 1890.) Die Braunfärbung der Haut nach Arsengebrauch ist schon 1854 von Devergie beschrieben, in Deutschland aber erst in jüngster Zeit beachtet worden. Verfasser schildert einen Fall von aufserordentlicher Intensität, der schon in kurzer Zeit nach geringer Dosis von arseniksaurem Kalium sich entwickelte. Das 27jährige Dienstmädchen hatte wegen eines Hautausschlages und Hautgeschwürs von einem Arzt Sol. arsen. Fowleri erhalten, von der sie in 18 Wochen im ganzen 36,0 (=0,36 As_2O_3) in maximo verbrauchte. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus zeigte die Patientin ausgebreitetes Knotensyphilid, Gummata, Geschwüre, Narben etc. Aufserdem bestand eine hochgradige abnorme

Pigmentirung; die Intensität derselben nahm von oben nach unten allmählich zu; die Unterschenkel und Füfse hatten eine vollständige Negerhaut, ebenso die Hände und Finger. Auffallend waren die rosafarbigen Nägel. Die Verfärbung war an den Extremitäten eine ganz gleichmäfsige auf Beuge- und Streckseiten. Hals und Rücken hatten ein getigertes Aussehen, da die dort vorhandenen grofsen Narben von syphilitischen Hautgeschwüren besonders dunkel pigmentiert waren und sich von der bronzefarbigen Umgebung sehr abhoben. — Auf den Schleimhäuten bestand keine Pigmentierung. — Nach einem Traitement mixte mit Ung. ciner. und Kal. jodat. wurden die syphilitischen Erscheinungen beseitigt. Die Verfärbung der Haut war heller geworden, dagegen hatte sich die dunkle Pigmentierung der Narben absolut nicht geändert, und auch die neu entstandenen Narben nahmen dieselbe an. Am Halse umgab die Narben erst ein 2—5 mm breiter weifser Saum, an den sich nach aufsen ein brauner Ring anschlofs. Es hatte also eine Pigmentverschiebung statt gefunden.

Die Verteilung des Pigments bei den Fällen von Arsenmelanose ist eine sehr verschiedene; bald war der Rumpf mehr betroffen, bald wie hier die Extremitäten; bald war die Verfärbung eine diffuse, bald eine fleckige. In diesem Falle summierte sich noch die pigmentbildende Kraft der Syphilis hinzu und schuf dadurch so hochgradige Veränderungen. Jedenfalls mahnt der Fall zur Vorsicht bei der Darreichung des Arseniks während des Bestehens von Syphiliden, zumal eine erhebliche Einwirkung desselben auf den Verlauf zweifelhaft ist. Letzteres sucht Verfasser durch einen Fall darzuthun, in dem eine schwere Arsenvergiftung die Gestaltung der syphilitischen Erscheinungen in keiner Weise beeinflufste.

Eine hübsche Abbildung des beschriebenen Falles ist beigefügt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine nach Trauma rasch zum Tode führende Leukämie, von Greiwe. (*Berl. klin. Wochschr.* 1892. No. 33.) Ein 28jähriger Patient bekam nach Heben einer schweren Last plötzlich lebhaften Schmerz in der linken Seite; am Tage darnach erfolgten Blutungen aus dem Munde. Patient hatte ohne sonstige Störung schon lange vorher Blutflecken an der Haut bemerkt. Die Untersuchung ergab: Das Zahnfleisch war geschwollen, gelockert, blutete ununterbrochen; Leib aufgetrieben; Milzgegend empfindlich; leukämische Blutbeschaffenheit; Vergröfserung der Lymphdrüsen, Leber und Milz. Jedenfalls handelte es sich um eine akute Steigerung eines schlummernden Processes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die Centrifuge im Dienste der Harnuntersuchung, sowie über einige neue Harnuntersuchungsmethoden, von Max Jolles. (*Prager med. Woch.* 1893. No. 4 u. 5.) Die Einführung der Centrifuge zur Untersuchung des Harns eröffnete die Aussicht, auch chemische Untersuchungen dadurch abkürzen zu können. Verfasser teilt seine Erfahrungen auf diesem Gebiete mit, wobei er noch manch' anderes Thema aus dem Gebiete der Harnuntersuchungen streift. — Die bekannte und mit Recht sehr eingeführte Essbachsche Methode der quantitativen Eiweifsbestimmung führt nach Verfasser nicht immer zum Ziel, da die Absetzung des Eiweifses zuweilen sehr langsam erfolgt. Es liegt dieses an einer gröfseren Zähflüssigkeit, „Viskosität", des Harns, welche auch ohne Eiweifs und Mucingehalt oft in weiten Grenzen bei normalem Harne schwankt, unabhängig vom specifischen Gewicht, Zuckergehalt etc. Diesen Fehler schaltet auch die Centrifuge nicht aus, die also die Essbachsche Methode nicht verbessert oder erleichtert. — Verfasser hält für die beste Methode zum qualitativen Eiweifsnachweis die jüngst von Spiegler angegebene und in diesem

Blatte referierte. Dafs der normale Harn, wie vielfach behauptet wird, geringe Spuren Albumen enthält, erkennt Verfasser nicht an. — Die versuchte Phosphatbestimmung mittelst Centrifuge ergab auch kein so gutes Resultat wie die Titrierung. — Auf die Zuckerbestimmung eingehend, hebt Verfasser die Fehler der Trommerschen, Nylanderschen Proben hervor und hat auch an der polarimetrischen und Gährungsprobe viel auszusetzen. Zur quantitativen Bestimmung ist die von Wendriner angegebene Titriermethode die beste. Sehr lobend spricht sich der Verfasser über die Phenylhydrazinprobe von Jaksch aus, die in der Modifikation von Hirschl besonders sicher ist. Eine Beschleunigung der stattfindenden Krystallausscheidung kann durch die Centrifuge nicht erzielt werden.

Gute Ergebnisse giebt die Centrifuge bei der Untersuchung von Sedimenten, Blut, Cylindern, oxalsaurem Kalk sowie bei der Entscheidung zwischen Hämaturie und Hämoglobinurie. Besonders auffallend ist der Befund hyaliner Cylinder bei sonst normalem Urin und scheinbar gesunden Menschen, den Verfasser auch schon sonst oft erheben konnte. — Für die Konstatierung der Tuberkelbacillen im Urin war die Centrifuge nicht von besonderem Werte, ja die Ketelsche Methode gab noch bessere Resultate. (100 ccm Harn werden mit 6,0 einer koncentrierten Karbolsäurelösung versetzt, das Ganze in einem Erlenmeyerschen Kölbchen gut durchgeschüttelt und in ein Spitzglas gegossen; nach 24 Stunden wird der Bodensatz in gewohnter Weise untersucht.)

Im ganzen ist die Centrifuge also nur für die Sedimentuntersuchung von Wert; aber auch da ist sie, wo es nicht auf Schnelligkeit ankommt, meistens entbehrlich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über neuere cystoskopische Instrumente und photographische Aufnahmen des Blaseninnern spricht Otto Zuckerkandl in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung den 10. März 1893. Die Nitzeschen Instrumente zur Cystoskopie und zu cystoskopischen Photographien sind die vollendetesten; sie sind geeignet zur Einführung, relativ dünn (schon No. 18 Charrière entsprechend), lassen ungehindert gröfsere prostatische Kurven passieren, geben ein grofses Gesichtsfeld und vorzügliche photographische Bilder. Ein Irrigationscystoskop hat jetzt nur die Dicke von 21 Charrière; mittelst desselben kann man die Blase während der Untersuchung berieseln. Der Vortragende demonstriert die Instrumente und photographische Aufnahmen des Blaseninnern. — Dittel stimmt betreffs der Güte der Instrumente vollkommen mit dem Vortragenden überein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neuer endoskopischer Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoskopes in die hintere Harnröhre, von H. Goldenberg, New York. (*New Yorker med. Monatsschr.* No. 3. 1893.) Das Endoskopieren der hinteren Harnröhre mit einem geraden Instrumente ist vielleicht eine der Hauptursachen, weshalb das Endoskop bis jetzt nicht diejenige allgemeine praktische Anwendung gefunden hat, die es thatsächlich verdient. — Um die Einführung gerader Endoskope in die hintere Harnröhre zu ermöglichen resp. zu erleichtern, hat Oberländer seinen „Charnier-Obturator" konstruiert, der gekrümmt in eine endoskopische Röhre eingeführt wird und durch eine Schraubenvorrichtung nach der entgegengesetzten Seite so gedreht werden kann, dafs das Charnier gelöst und der Obturator als gerades Instrument herausgenommen wird. Oberländers Obturator hat jedoch den Nachteil, dafs seine vielen Ecken und Ausbuchtungen eine gründliche Desinfektion unmöglich machen, dafs sie selbst bei grofser Vorsicht Schmerz und nicht selten Blutungen verursachen. Diese Übelstände sind bei dem vom Verfasser nach Elliots „Uterine Repositor" konstruierten und vom Mechaniker G. Tiemann & Co. in New York angefertigten

Instrumente vollständig beseitigt. — Das Instrument wird ausführlich beschrieben und mit Abbildungen illustriert.

Die Einführung ist schmerzlos für den Patienten und leicht für den Arzt. Das Instrument dürfte sich auch bei Prostatahypertrophien und bei allen denjenigen Zuständen als praktisch erweisen, bei welchen die Einführung eines geraden Katheters schwierig ist. *C. Berliner-Aachen.*

Das vervollkommnete Urethroskop, von W. K. Otis. (*New York med. Journ.* 17. December 1892.) Nach mehreren Versuchen hat sich Verfasser ein sehr einfaches Harnröhrenspeculum konstruiert, indem er das bekannte Klotzsche Instrument mit einer kleinen, in einer passenden Hülle (Metallcylinder) eingeschlossenen elektrischen Glühlampe verband. Das Licht wird durch eine am Ende der Metallhülse angebrachte Linse koncentriert und gelangt somit direkt auf die zu untersuchende Schleimhaut. Der ganze Apparat zeichnet sich durch Einfachheit, Handlichkeit, geringes Gewicht und (voraussichtlich) geringeren Preis von anderen derartigen Instrumenten aus.

Philippi-Nieheim.

Über Amöben im Harn spricht Posner in der Hufelandschen Gesellschaft in Berlin, Sitzung den 9. Februar 1893. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 10.) Die Krankheitserreger aus dem Tierreiche sind jetzt mehr in den Vordergrund getreten: die Malariaplasmodien, die Gregarineninfektionen, die Zoospermosen. Unter diesen Organismen ragen die Amöben hervor. Die Amöben bei der Dysenterie hat Kartulis besonders studiert. Der Erste, der über Amöben im Harn berichtete, ist Bälz-Tokio, der sie bei einem jungen Mädchen mit Blasenblutung und Tuberkulose fand; er nannte sie Amoeba uro-genitalis, da er sie auch im Genitaltraktus konstatieren konnte. Einen zweiten Fall fand Jürgens, allerdings erst bei der Sektion. Im Juli vorigen Jahres sah P. einen 34jährigen Mann, der vor 2—3 Tagen plötzlich von Schüttelfrost befallen wurde und tags darauf blutigen Urin entleerte. Das Blut stammte aus der Niere, es waren Cylinderepithelien und viel Eiweifs nachweisbar. Daneben fand man in grofser Zahl grofse, bewegliche Protoplasmaklumpen mit 1—2 Kernen, die Vakuolen und Zellen enthielten, welche man nur als rote Blutkörperchen auffassen konnte. Sie bestanden aus granuliertem Protoplasma und sandten Fortsätze aus, die sie bald wieder einzogen. Milchdiät. Nach drei Tagen fand man runde, jetzt mit einer Membran versehene Gebilde; deutlich granuliert, ähnlich den Zoospermien. Tags darauf war der Urin blutfrei; Eiweifsgehalt blieb. Im Blute waren keinerlei Veränderungen. Es folgten noch vier Recidive mit Blutungen und Auftreten von Amöben, die denselben Cyclus durchmachten. Vollkommene Heilung. — Dafs die Amöben zu den Blutungen in Beziehung stehen, ist wohl klar; jedenfalls stammen sie nicht aus dem Blute, das ja einen negativen Befund gab, sondern von aufsen. Ähnliches ist beim Rindvieh beobachtet. — Jüngst ist von Kartulis ein ähnlicher Fall beobachtet, bei dem aber ein Blasentumor bestand. Es ist P. nicht gelungen, durch Durchleiten eines elektrischen Stromes die Amöben in lebhafte Bewegung zu setzen, eine „Amöbenfalle" zu erzeugen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorkommen des Urobilins im Harn von Gesunden und Kranken, von Samuel Mathias-Würzburg. (Dissert. 1890.) Im Jahre 1868 entdeckte Jaffé den von ihm „Urobilin" genannten Harnfarbstoff und zugleich dessen Abkunft von den in der Galle enthaltenen Farbstoffen.

Verfasser beschreibt ausführlich Jaffés Verfahren der Reindarstellung des Urobilins.

Maly stellte dasselbe durch Reduktion des Bilirubins mittelst Natriumamalgams dar; Hoppe-Seyler gewann das Urobilin durch Behandeln des Hämatins mit Zinn

und Salzsäure, was sich leicht erklärt, da ja Gallenfarbstoff aus dem Zerfall roter Blutkörperchen sich bildet. Demnach ist das im Harn ausgeschiedene Urobilin als das Endprodukt zerfallener, roter Blutkörperchen anzusehen. Spätere Untersucher fanden dasselbe im Harn von Personen, die an irgend einer Körperstelle ein Blutextravasat bargen. KRETSCHY konstatierte ein reichliches Vorkommen des Urobilins im Harn von Skorbut; DICK fand es nach Blutungen in die Abdominalhöhle etc.

Das spektroskopische Verhalten des Urobilins (Absorptionsstreifen zwischen den Linien b und F) erleidet durch die Anwesenheit von absorbierenden Stoffen im Harn, und wenn das Urobilin in nicht genügend koncentrierter Lösung sich befindet, vielfache Schwankungen.

JAFFÉ hat ferner nachgewiesen, dafs das Urobilin kein zufälliger oder durch pathologische Vorgänge im Körper erzeugter, sondern ein konstanter Harnbestandteil sei. — Verfasser hat auf Veranlassung Dr. WIRSINGS in Würzburg weitere Untersuchungen mit dem Urobilin angestellt, deren Ergebnis sich dahin zusammenfassen läfst:

Das Urobilin ist an die Urate gebunden und nach Fällung und Isolierung der letzteren in deren Lösung aus dem Harn von Gesunden und Kranken auch in solch geringen Mengen nachzuweisen, wie sie sich durch die bisherigen Methoden nicht nachweisen liefsen. *C. Berliner-Aachen.*

Der relative klinische Wert verschiedener Reaktionen auf Zucker im Urin, von F. D. BEANE. (*New York med. Journ.* 7. Januar 1893.) Bei Gelegenheit der Untersuchung eines Applikanten für eine Lebensversicherung hat Verfasser Veranlassung genommen die verschiedenen Methoden der Prüfung auf Glukose miteinander zu vergleichen. Das Ergebnis seiner ausführlich mitgeteilten Beobachtungen kann dahin zusammengefafst werden, dafs die ULTZMANNsche Methode mit der BONDschen Modifikation, welche 0,025% Glukose im Urin erkennen läfst, im allgemeinen die zweckmäfsigste sei: man setzt zu 15—25 ccm Urin ein Gram salzsaures Phenylhydrazin und 2,0 Natr. acetic., erhitzt bis zum Sieden eine halbe Minute lang und läfst nötigenfalls 24 Stunden sedimentieren; bei 200—300 Vergröfserung findet man dann die Glukoseverbindung in Krystallform in Garben, Nadeln, Sternen. Die anderen Methoden (NYLANDER, WORM, MÜLLER etc. etc.) sind auch ausführlich mitgeteilt und kritisiert. *Philippi-Nieheim.*

Über die Unbrauchbarkeit der Salpetersäure-Alkoholprobe zur Differentialdiagnose zwischen Eiweifs und Harzsubstanzen im Harn, von CARL ALEXANDER. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 14.) Um Harze nach Kopaivbalsam etc. im Harn nachzuweisen und vom Eiweifs abzugrenzen, ist empfohlen, demselben nach Eintreten der Trübung durch Salpetersäurezusatz Alkohol zuzusetzen; dieser soll die Harzprodukte lösen, nicht das Acidalbumin. Das ist nach dem Verfasser ein unzuverlässiges Verfahren, da auch das Acidalbumin sich unter gewissen Verhältnissen klar in Alkohol löst und so erhebliche Eiweifsmengen sich der Beobachtung entziehen. — Ebensowenig verwendbar ist in solchen Fällen die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe oder die sonst so feine Eiweifsreaktion von ZOUCHLOS mit Essigsäure und Rhodankaliumlösung. — Handelt es sich um den einfachen Nachweis von Harzsäuren, so ist der Zusatz einiger Tropfen verdünnter Essigsäure, Schwefelsäure oder noch besser Salzsäure genügend; es entsteht eine Trübung, die beim Erhitzen schwindet, beim Erkalten wieder eintritt. Verwertbar ist für Kopaivharze die QUINCKEsche Farbenreaktion. Auf Zusatz von Salzsäure, Salpetersäure oder verdünnter Schwefelsäure wird der Harn rosen- oder purpurrot, beim Erwärmen violett. Nach Sandelöl zeigt

der Harn bei Zusatz der erwähnten Säuren eine rötlich-braune Farbe. Schüttelt man den versetzten Harn mit Äther aus und läfst den Ätherauszug im Wasserbade verdampfen, dann erhält man nach Sandelöl einen rotbraunen, nach Kopaivbalsam einen dunkelvioletten Rückstand. Die Ätherauszüge aus dem mit Salzsäure versetzten Harn geben auch den charakteristischen Harzgeruch. Diese Ausschüttelung mit Äther ist auch bei Eiweifsurin mafsgebend; Äther löst auch im Gegensatz zum Alkohol das Acidalbumin nicht, wohl aber die Harzprodukte. — Eine weitere Schwierigkeit entsteht, wenn der Harn aufser Eiweifs und Harzen noch Mucin enthält, welches ja in der Kälte durch Essigsäure aus dem Harn fällbar ist. Das ausgefällte Mucin löst sich beim Erwärmen nicht, ist also leicht von Harzen abzugrenzen, nicht aber von Eiweifs. Will man wissen, ob Mucin und Harze vorhanden sind, dann untersucht man auf letztere getrennt durch Salzsäure. — Alle drei Substanzen kann man auch gleichzeitig nachweisen: In einem Reagensgläschen setzt man 2—3 Tropfen Salzsäure zu, in dem zweiten Essigsäure, in dem dritten $^1/_3$ Volumen Salpetersäure zum Urin zu und prüft dann in aus dem obigen leicht ersichtlicher Weise. — Nach diesen Methoden hat Verfasser den Urin nach Sandelölgebrauch geprüft und nur in zwei Fällen Eiweifs gefunden, von dem er aber dahingestellt läfst, ob es aus den Nieren stammt. Cylinder und Nierenepithelien hat er niemals gefunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Phenylhydrazinprobe zum Nachweis des Zuckers im Harn, von Frank. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. S. 255.) Thierfelder hat gezeigt, dafs durch im Harn vorkommende Glykuronsäure bei der Phenylhydrazinprobe Täuschungen möglich sind. Frank ist der Frage nähergetreten. Er fand bei Zuckergehalt stets nadelförmige Krystalle, nicht in anderem Urin; vorteilhaft ist die Verdünnung des Urins: 5 ccm Urin werden mit 5 ccm Wasser im Reagensglase versetzt, dann 0,5 salzsaures Phenylhydrazin und 1,0 Natriumacetat zugefügt; nach 20 Minuten langem Kochen im Wasserbade läfst man das Ganze bei Zimmertemperatur 3—4 Stunden stehen. Das Sediment zeigt dann die nadelförmigen Glykosazonkrystalle, wenn nicht weniger als 0,1 % Zucker vorhanden ist; kleine, aus dicken Nadeln bestehende Rosetten beweisen nichts. — Das Phenylhydrazin verdirbt leicht; der Verfasser giebt eine brauchbare Darstellungsmethode. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zu meiner Arbeit: **Ein Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben. Eine Erwiderung**, von Robert Kutner. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 12.) Cystoskopisch hatte Kutner gezeigt, dafs intern genommenes Methylenblau nach stattgehabter Reduktion im Körper bei der Ausscheidung in den Nieren ohne Zutritt des Sauerstoffes der Luft zu einem grünen Farbstoff reoxydiert wird. Alexander hatte diesen Punkt wie andere nebensächliche Punkte der Kutnerschen Arbeit bestritten, und hieran hat sich nun eine lebhafte, oft nicht mehr ganz sachliche Polemik angeschlossen, die näher zu verfolgen nur Lesern von Interesse sein könnte, die ein persönliches Interesse an den beiden Gegnern haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Antipyrin in der urologischen Praxis, von J. H. Brick. (*Therapeut. Blätter.* 1893. No. 4.) Das Antipyrin geht schnell in den Harn über, beeinflufst die Reaktion nicht direkt, wohl aber indirekt, indem es als Nervinum die saure Beschaffenheit des Urins steigert (?). Es wurde deshalb bei Neurosen des Harnapparates, bei Diabetes insipidus, manchen Formen von Glykosurie, Oxalurie, Indigurie und besonders bei Phosphaturie angewendet. Als Analgeticum bewährt sich das Antipyrin bei Nephralgie, Entzündungen etc. Beruhigend wirkt es auch bei den motorischen und sensiblen Neurosen der Blase, des Blasenhalses, der Prostata, der Urethra. Hervorzuheben ist der günstige Einfluſs bei den Beschwerden der mit senilen Prostataanomalien

aller Art Behafteten. — Die Darreichung kann per os, als Klysma (0,5—2,0 : 60,0) oder als lokale Injektion erfolgen. Entweder injiciert man im letzteren Falle 20 bis 30 g einer 2% Lösung in die ausgespülte Blase oder 10—20 Tropfen einer 5—20% Lösung in die Pars prostatica, wo zuerst schmerzhaftes Brennen, dann Analgesie eintritt. Die Wirkung hält oft 10—12 Stunden vor. Bei der sogenannten Cystitis dolorosa ist der Zusatz mehrerer Tropfen 1% Sublimatlösung zur Antipyrinlösung zweckmäfsig. Lanceraux hat durch Blasenwaschungen mit Antipyrin bei Cystitis vorzügliche Erfolge erzielt. Verfasser hat eine nennenswerte Beeinflussung der Sekretion nicht gefunden, sondern nur eine analgetische Wirkung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Bildungsfehler der weiblichen Blase und Urethra mit besonderer Berücksichigung der Inversio vesicae urinariae cum prolapsu per urethram, von Wilhelm Pilgram. (Inaug.-Dissert. Bonn 1892.) Die Inversion der Blase mit Vorfall ist natürlich nur beim weiblichen Geschlecht möglich, bei kleinen Mädchen ist sie nicht selten beobachtet; ihre Proposition gelingt eventuell unter Zuhilfenahme der Narkose. Beim Manne sind Einstülpungen der Blase übrigens auch gefunden worden. — Die kongenitalen Bildungsfehler der weiblichen Blase und Urethra bilden den Gegenstand der weiteren Besprechungen in der Dissertation, wobei vielfach Fälle citiert werden. Die Ectopia vesicae urinariae, die doppelte Harnblase, die horizontal oder vertikal septierte Harnblase, die Hypospadie, die seltene Epispadie, der totale Mangel einer Harnröhre, die Verdoppelung derselben finden alle Berücksichtigung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Mifsbildung der weiblichen Genitalien, von Kochenburger (*Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäkologie.* Bd. XXVI. H. 1.) Aus der Martinschen Klinik werden mitgeteilt: 1. Drei Fälle kongenitaler, ein Fall im Wochenbett erworbener Atresia vaginalis. Die Hämatosalpinx wird erst dann operativ angegriffen, wenn man einige Zeit bei exspektativem Verhalten keine Besserung gesehen hat. 2. Drei Fälle von Uterus bicornis und einer von Uterus didelphys mit teilweiser Vagina septa. 3. Ein Fall von Aplasia der Genitalien mit vikariierenden Nasenblutungen bei einer eben verheirateten 16jährigen Frau. 4. Ein Hermaphroditismus virilis transversus bei einer seit 10 Jahren verheirateten 33jährigen Frau. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über senile Dysurie, von J. Assmuth. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No.9.) Es ist irrig, jede Dysuria senilis auf eine Prostatahypertrophie zurückzuführen, da diese oft fehlt, sogar nicht selten eine Atrophie statthat. Andererseits giebt es oft bedeutende Grade von Prostatahypertrophie ohne dysurische Beschwerden. Wie ist nun der häufige Harndrang bei geringer Blasenfüllung bei alten Leuten zu erklären? Launois brachte 1885 die Beschwerden zuerst in Beziehung zur Arteriosklerose, jedoch konnte Casper 1891 an 28 anatomisch untersuchten Fällen nachweisen, dafs die allgemeine Arteriosklerose sich nicht regelmäfsig auf die Gefäfse des Urogenitaltraktus erstreckt und auch die Atheromatose die gesteigerte Miktionsfrequenz nicht erklärt. 1892 hat dann Bogdanowitz gezeigt, dafs trotz fehlender allgemeiner Arteriosklerose doch bei alten Leuten eine bindegewebige, sklerotische Entartung der Blasenmuskulatur bestehen kann. Ist nun der Sphincter vesicae in dieser Weise pathologisch entartet, dann tritt natürlich der Harndrang häufiger auf, indem der Harn leicht in die Pars prostatica eindringt. Dadurch werden die Miktionsintervalle verkürzt; die Macht der Gewohnheit steigert dann diese Verkürzung noch. Tritt der Harndrang besonders lebhaft in der Nacht ein, dann deutet das auf eine Anomalie der Prostata, da die Rückenlage die venöse Hyperämie derselben zu steigern scheint; bei Cystitikern und Kalkulösen wirkt die Rückenlage ja gerade beruhigend auf die Blase. — Einige Fälle illustrieren das Gesagte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Dermoide und Teratome des Hodens, von Gerhard Heinen. (Inaug.-Dissert. Bonn 1893.) Die erste sichere Beobachtung von Hodendermoiden stammt aus dem Jahre 1696 von Saint-Donat; seitdem sind viele bekannt geworden, die teilweise sehr sonderbaren Inhalts waren. — In der Klinik von Prof. Trendelenburg wurde folgender Fall beobachtet: Ein 7jähriger Knabe hat seit der Geburt eine schmerzlose Anschwellung der linken Skrotalhälfte, die erst nach einem Stofs im letzten Jahre lebhafter zu werden begann. Der Tumor ist hart, faustgrofs, füllt das ganze Skrotum aus und geht noch eine Strecke in die Leistenbeuge. Die gerötete Haut war mit ihm verwachsen; an einer Stelle bestand ein grofses, stinkendes Geschwür, aus dem Haare hervorragten.

Der Tumor wurde exstirpiert; er enthielt Haare, Knochen, Zähne, viel Pigment. Der Hoden war abgeplattet, aber deutlich abgrenzbar, jedoch wird die Schonung desselben bei der Operation der Teratome kaum angänglich sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über männliche Epispadie, von Fritz Simon. (Inaug.-Dissert. Bonn 1892.) Die Pathologie und die Entstehung der Epispadia virilis werden ausführlich besprochen und dann ebenso eingehend die zur Heilung derselben zur Anwendung gelangten Operationsmethoden einer Erörterung unterzogen, die vornehmlich die Herstellung der Continentia urinae erstreben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Hypoplasie der männlichen Genitalien, von Karl Kubtz. (Inaug.-Dissert. München 1892.) An der Hand mitgeteilter Fälle bespricht Verfasser die Hypoplasie der männlichen Genitalien in ihrer Abhängigkeit von schwächenden Momenten in der Kindheit und der Pubertät, sei es, dafs es sich um eine mangelhafte Entwickelung oder eine regressive Veränderung handelt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Inkontinenz des Urins bei Hypertrophie der Milz, von O. Bobulescu. (*Revue des malad. de l'enfance.* Mai 1892.) Bei zwei Kindern im Alter von 4 resp. 5 Jahren war die Milz infolge von Intermittens so stark vergrörsert, dafs beim Laufen und Springen durch Druck auf die Blase unwillkürliche Urinentleerung auftrat. Nach Heilung der Intermittens und Verkleinerung der Milz verschwand die Enuresis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen **Enuresis nocturna** empfiehlt Dr. White:

Natr. benzoic.
Natr. salicyl. ää 1,0
Extr. Belladonn. gtts. II.
Aq. Cinnamon. 120,0
DS. täglich 4—5 Theelöffel.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Strikturen der weiblichen Urethra, von Wilhelm A. Meisels in Budapest. (*Wiener med. Wochenschr.* 1893. No. 12. 13.) Über Strikturen der weiblichen Urethra ist in der deutschen Litteratur wenig zu finden. Auf 378 männliche Strikturen im Wiener Allgemeinen Krankenhaus kommt eine weibliche, und diese sitzt am Orificium externum. Dagegen behauptet Ely van der Warker (*Stricture of the urethra in women*, New York 1890), dafs Strikturen der Urethra ebenso häufig bei Frauen als bei Männern sind und Dysurie erzeugen. Otis (*Centralblatt für Harn- und Sexualorgane* 1892) nimmt an, dafs Strikturen beim Weibe angeboren oder traumatisch durch Harnsäurekonkretionen entstehen, die reflektorisch viele Beschwerden machen. Otis bezeichnet die zuletzt genannten Strikturen als breite, deren Bedeutung wird aber von Guyon, Thompson, Güterbock bestritten. Verfasser bemüht sich nun, den Strikturen des Weibes wieder die Aufmerksamkeit zuzulenken; er führt zwei

Fälle an. In dem ersten handelt es sich um eine wegen Urinbeschwerden und starker nervöser Erscheinung jahrelang von vielen Ärzten örtlichen und allgemeinen Kuren unterworfene Frau, bei der Verfasser diagnosticieren konnte: harnsaure Diathese mit narbiger Striktur in der Mitte der Urethra, granulöse Wucherungen in denselben und Exkrescenzen am Orif. ext. urethrae; aufserdem Tophi an den Fingern. Eine Dilatationskur neben einer antiarthritischen beseitigte alle Symptome. Im zweiten Falle wurden ebenso durch forcierte Dilatation eine Verengerung der Urethra und damit heftige Beschwerden, die seit zwei Jahren bestanden, beseitigt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Hydrocele muliebris, von Heinrich Lethaus. (Inaug.-Dissert. Bonn 1893.) Das Diverticulum Nucki ist der Sitz der weiblichen Hydrocele, indem durch Ansammlung von Flüssigkeit eine Geschwulst in der Inguinalgegend oder den grofsen Schamlippen entsteht. Steht der Inhalt mit der Bauchhöhle in freier Verbindung, dann bezeichnet Klob es als „Hydrocele peritonealis". Identisch mit der Hydrocele ist ein seröser Erguſs in dem Bruchsack einer Leistenhernie beim Weibe. — Neben dieser Form giebt es noch eine Hydrocele ligamenti uteri rotundi. Viele andere unter dem Namen Hydrocele muliebris beschriebene Tumoren sind ganz anderen Ursprunges. — Die Diagnose hat besonders die Inguinalhernien zu berücksichtigen, die meistens reponibel, komprimierbar sind, tympanitischen Ton zeigen, nicht transparent, weich, und nicht prall sind. In Frage kommen auch Hernia ovarii, cystische Entartung der Bartholinischen Drüsen, Hämatome, Abscesse etc. — Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. — 7 Fälle werden angeführt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Kraurosis vulvae, von Siegfried Bartels. Inaug.-Dissert. Bonn 1892. Nach Wiedergabe von 24 Fällen aus der Litteratur und einem eigenen schildert Verfasser die Symptome der Breiskyschen Kraurosis vulvae, bei der es sich vornehmlich um eine atrophische Schrumpfung der weiblichen Genitalien mit gleichzeitiger Hypertrophie, vornehmlich der epithelialen Bedeckung handelt. Die Haut der geschrumpften Teile erscheint eigenthümlich trocken, glänzend, narbenähnlich, meist mit weifslichen Flecken, Epithelialverdickungen, bedeckt. Die Schleimhaut hat ihre normale Elasticität eingebüfst, so dafs sie oft schon beim Einführen des Fingers in die Vagina reifst. Nicht alle Teile pflegen gleichmäfsig ergriffen zu sein, die Labia minora und der ganze obere Abschnitt der Vulva scheinen am häufigsten und frühesten befallen zu werden.

Die mikroskopische Untersuchung (Breisky, Ortmann) zeigt im Beginn eine Hypertrophie, später erst eine Atrophie. Die subjektiven Beschwerden sind oft auffallend gering, Jucken ist die vornehmste Beschwerde. Gefährdet sind die kraurotischen Teile natürlich beim Geburtsakt. — Die Ätiologie ist dunkel; ob Pruritus, Gonnorrhoe, Fluor dabei von Bedeutung sind, ist fraglich. — Das Leiden kommt von der Pubertät ab in jedem Alter vor. — Therapeutisch leistet nur Heitzmann etwas durch Medikamente (Salicylsäurelösung und 6% Pyrogallussäurelösung), sowie durch Auskratzen mit nachfolgender Ätzung (Liq. ferr. sesquichlorat.; Essigsäure) und Martin durch totale Excision der erkrankten Teile. Letzteres Verfahren empfiehlt Verfasser besonders warm. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Clitoridectomie, von Johann Becker. (Inaug.-Dissert. Bonn 1892.) Man hat die Clitoris abgetragen wegen Neubildungen, wegen Hysterie, Masturbation etc.; in den sechziger Jahren hat Baker Brown die Abtragung besonders geübt und sich davon ungeheure Erfolge versprochen. — Die Hypertrophie der Clitoris — bei manchen Rassen häufig, so bei den Abessynierinnen — ist nicht selten, 7 Fälle führt Verfasser an; eine elephantiastische Verdickung der Clitoris kann ebenso die operative

Entfernung erheischen, wie maligne Tumoren. — Die Abtragung und Ätzung der Clitoris (Friedreich) ist vielfach als Mittel gegen die Hysterie und zur Beseitigung der Masturbation versucht worden, der Erfolg ist stets nur ein zweifelhafter und eher auf Rechnung der psychischen Beeinflussung zu setzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Hämatom der Vulva und der Vagina, von Georgii. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1891.) Die Hämatome finden sich meist an den grofsen Schamlippen, seltener an den kleinen. In der Vagina können sie sich bis ins periuterine Zellgewebe erstrecken. Ihre Ursache ist bei Nichtschwangeren meist ein Trauma; sie sind meist nicht über apfelgrofs. Viel häufiger und gröfser sind die Hämatome während der Schwangerschaft und Geburt; stark entwickelte Phlebektasien geben zuweilen Veranlassung zur Hämatombildung, auch Veränderungen der Gefäfswand; ihre nächstliegende Entstehungsursache ist Zerrung und Quetschung durch den durchtretenden Kopf. Sie entstehen meist plötzlich, sind gefährlich, da sie bersten und durch folgende Nachblutung den Tod verursachen können. Zuweilen bilden sie ein Geburtshindernis, wie in dem mitgeteilten Falle, und müssen dann incidiert werden; sonst wartet man, um Infektion zu vermeiden, besser die Resorption ab, oder incidiert erst nach stattgehabter Gefäfsobturation. Bei mangelhafter Resorption kann cystöse oder fibroide Neubildung entstehen. *F. Hahn-Bremen.*

Über Catheterismus posterior, von Max Köhler. (*Wien. klin. Woch.* 1892. No. 33—35.) Der Catheterismus posterior, d. h. die Sondirung der Harnröhre von der Blase aus, ist schon vor 150 Jahren ausgeführt. Die Indikationen zu derselben sind: Verletzungen der Harnröhre und impermeable Strikturen. Die dazu nötige Voroperation kann der Blasenstich oder Blasenschnitt sein. Der Verfasser giebt nun die Schilderung dieser Operationen; zuerst des Blasenstichs, eines der ältesten operativen Eingriffe. Nach Punktion der Blase wird die „Dogge" in die Blase eingeführt und genau in der Mittellinie nach abwärts geschoben, wobei sie leicht in den trichterförmigen Blasenhals hineingleitet und eventuell die Striktur passiert, worauf ein Katheter ihr entgegengeführt und von ihr in die Blase geleitet wird. Auf die Ausführung der Sectio alta will ich hier nicht weiter eingehen. — Dringt die Dogge nur bis zu dem Hindernis, ohne dasselbe zu passieren, so wird vom Damm aus auf dasselbe eingeschnitten. — 7 Fälle von Catheterismus posterior, ausgeführt von v. Dittel, werden eingehend berichtet, von denen 6 geheilt, einer gebessert wurde. In einem Falle war eine ausgedehnte Verletzung und dadurch bedingte Verödung eines 4 cm langen Stückes der Harnröhre die Ursache, in den andern eine impermeable Striktur. — Jedenfalls sind die Resultate sehr erfreulich, ohne mit zu grofsen Gefahren erkauft zu sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Am VII. französischen Chirurgen-Kongrefs (Paris 3. bis 8. April 1893) berichtete Poncet-Lyon über seine Erfolge mit der **Urethrotomia perinealis** an 10 Individuen im Alter von 61 bis 75 Jahren. Dieselben waren durchwegs befriedigende. Die Operation findet ihre Indikation bei: ausgedehnten Urethralstrikturen und Fehlschlagen aller anderen Behandlungsmethoden, alten Strikturen mit Harninfiltration und Pyelonephritis ascendens, hohem Alter der Patienten. Sie wird in der Weise ausgeführt, dafs ein vom Perineum ausgehender Schnitt die Urethra an der strikturierten Stelle oder etwas hinter derselben incidiert, worauf die Wundränder mit den entsprechenden am Perineum vernäht werden und die Öffnung eventuell durch öfteres Einführen von Bougies unterhalten wird. In der Diskussion schliefsen sich Verneuil, Köberle, Severeanu-Bukarest unter Mitteilung ähnlicher Fälle den Ausführungen des Verfassers an. (*Riforma medica.* 1893. No. 89.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über komplementäre Urethrotomien, von Desnos. (VII. französischer Chirurgen-Kongreſs, Paris 1893.) Vortragender hält die Dilatation bei fibrösen Strikturen für vollständig ungenügend, weshalb an ihre Stelle die Urethrotomie treten müsse. Als Instrument wählt er dasjenige von Civiale, welches er durch Anbringen verschiedenkalibriger Oliven behufs Festsetzung der Lage, Konsistenz etc. der Striktur entsprechend modificiert hat. Zur Vermeidung zu bedeutender Hämorrhagien sollen die Incisionen nicht zu tief gemacht werden, die Klinge deshalb nicht über 1 mm prominieren. (*Riforma medica.* No. 97. 1893.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase, eine vorläufige Mitteilung von Max Wickhoff. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1893. No. 11.) Auf Grund von Versuchen an Leichen empfiehlt Verfasser die Symphyseotomie (wohl zu unterscheiden von temporären Resektionen!), um die Blase besser dem Chirurgen zugänglich zu machen. Es gelingt, mittelst derselben viel Raum zu gewinnen und die Blase durch einen langen Schnitt zu eröffnen. Erfahrungen an Lebenden hat W. noch nicht.

(Im Folgenden gebe ich ein Referat über eine erfolgreich ausgeführte Resektion der hinteren Blasenwand nach vorausgeschickter Symphyseotomie von Albarran. Diesem Autor würde also wohl die Priorität gebühren. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Symphyseotomie beim Manne und Resektion der Blase, von Albarran. (*Sem. méd.* 1893. No. 8.) Bei einem Patienten war 1890 wegen eines gestielten Tumors die Cystotomie gemacht worden. Ein Jahr später wird cystoskopisch ein Epitheliom am unteren Blasenabschnitte erkannt. Es wurde ein Längsschnitt, beginnend 3 cm über der Symphyse, bis 1 cm unter die Peniswurzel geführt, von hier aus dann noch zwei kleine gabelförmige Schnitte (Y). Freilegung des Penis und der Symphyse, Durchtrennung derselben in Sternschnittlage, so daſs man einen Raum von 42 mm Breite erhielt. Resektion eines groſsen Teils der unteren und seitlichen Blasenwand; Naht; Dauersonde; ungestörte Heilung. Eine 23 Tage später unter der Symphyse auftretende Harnfistel schloſs sich spontan. Der Patient hat an Gewicht zugenommen, kann gut gehen, uriniert nur alle 3 Stunden. *Jessner-Königsberg i Pr.*

Zur galvanokaustischen Amputation des Penis, von F. Schick. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1892.) Czerny bevorzugt zur Operation des Peniscarcinoms das Messer, während Bruns die galvanokaustische Amputation vorzieht und in 28 Fällen ausgeführt hat. Die dieser Methode nachgesagten Nachteile lassen sich leicht widerlegen. Die Grenze zwischen Gesunden und Kranken läſst sich gerade am Penis leicht feststellen; bei richtiger Ausführung erfolgt die Durchtrennung ganz unblutig; der Heilungsverlauf ist sehr günstig. Eitersenkung tritt nie auf, ebensowenig Nachblutungen. Die Verengerung der Harnröhrenmündung läſst sich durch eine kleine plastische Operation leicht vorbeugen. Verfasser teilt sodann eine Statistik der Peniscarcinome überhaupt und sodann die von Bruns operierten Fälle mit. *F. Hahn-Bremen.*

Die Tuberkulose der Harnröhre, von A. Ahrens. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1891.) Die Tuberkulose der Harnröhre ist nach den Lehrbüchern sehr selten; König erklärt die weibliche Harnröhre für häufiger befallen, als die männliche, eine Ansicht, der Verfasser nicht beistimmen kann, da er überhaupt aus der Litteratur nur vier derartige Fälle zusammenstellen konnte. Die Tuberkulose der männlichen Harnröhre gilt im allgemeinen als Teilerscheinung von ausgedehnter Urogenitaltuberkulose, und zwar kann die Harnröhre bei ascendierender und descendierender Tuberkulose des Urogenitalsystems miterkranken; häufig ist eine Alteration der Harnröhre durch Trauma oder Gonorrhoe zum Zustandekommen der Infektion notwendig; bei descen-

dierender Tuberkulose bringt der Urin die Bacillen mit, und da er nicht lange in der Harnröhre verweilt, so ist einleuchtend, dafs eine derartige Infektion nicht leicht zu stande kommt. Primäre Tuberkulose der Harnröhre entsteht durch direkte Inokulation von aufsen, wie BAUMGARTEN experimentell am Kaninchen nachwies, oder durch hämatogene Infektion. Der vom Verfasser beobachtete Fall betraf einen 16jährigen Menschen, der zugleich an tuberkulöser Coxitis litt. Das Leiden hatte vor drei Jahren mit Beschwerden beim Urinieren begonnen; Patient konnte nicht willkürlich urinieren, der Urin träufelte spontan ab, die Blase stand bis zum Nabel. Patient starb an einer Peritonitis infolge von Perforation der Blase. Die Sektion ergab Tuberkulose der Nieren, Ureteren, Samenstränge, Nebenhoden und der Blase. Ferner ist namentlich im hinteren Teile der Harnröhre die Schleimhaut infiltriert und käsig belegt. Besonders auffallend ist die hochgradige Striktur, zu der in diesem Falle die Tuberkulose der Harnröhre geführt hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Kasuistischer Beitrag zur Wahl der Blasensteinoperationen beim Manne, von R. REISSNER. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1891.) Es läfst sich auf Grund der heutigen Erfahrungen noch nicht feststellen, welche von den drei in Frage kommenden Operationen (Lithotripsie, Sectio alta, Sectio mediana) als Normaloperation des Blasensteins anzusehen ist; strenge Individualisierung ist erforderlich. Verfasser veröffentlicht die von CZERNY nach den verschiedenen Methoden operierten Fälle. Am leistungsfähigsten ist entschieden die Sectio alta, doch bietet sie mehr Todesfälle, als Lithotripsie, und längere Nachbehandlung, als Sectio mediana.

Die Ansichten der namhaften Blasenchirurgen gehen über diesen Punkt auch noch weit auseinander; einige stellen die Sectio alta als Normaloperation hin, andere wollen sie nur bei schwereren Fällen für indiciert halten, und erachten in leichteren Litholapaxie oder Sectio mediana als ausreichend. Das Richtige dürfte, so schliefst Verfasser, eine strenge Individualisierung sein. *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung der sekundären Blasenaffektionen bei Kranken mit Blasentuberkulose, von LAVAUX. (VII. französischer Chirurgen-Kongrefs, Paris 1893.) Im Urin bei Blasentuberkulose wird öfters neben dem Tuberkelbacillus das Bacterium coli vorgefunden. Bei der Behandlung dieser sekundären Cystitiden hat Vortragender sehr gute Resultate erzielt mit dem Argentum nitricum in 1—1½% Lösungen zu Injektionen in die Blase (ohne Katheter). Sind bereits die höher gelegenen Harnwege afficiert, so mufs zu dieser lokalen Therapie auch eine innere treten. Das Sublimat erwies sich als wenig wirksam. (*Rif. med.* No. 97. 1893.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentuberkulose, von VIGNEROL-Marseille. (VII. französischer Chirurgen-Kongrefs. Paris 1893.) Vortragender hat in 9 Fällen von Blasentuberkulose Auskratzungen vorgenommen und zwar 2 mal von der Urethra aus, 7 mal per hypogastrium mittelst Bauchschnitt, gefolgt von Tamponade mit Jodoformgaze oder Kauterisation mit dem Paquelin oder Chlorzink. In 2 Fällen von diesen letzteren wurde die Blasennaht gemacht, 5 mal wurde die Blase an die Abdominalwand angenäht und eine Fistel angelegt. Aus den Resultaten dieser Operationen schliefst Vortragender, dafs der Bauchschnitt mit Anlegung einer Blasenfistel zwar eine Besserung, nicht aber eine Heilung der Krankheit herbeizuführen vermöge. Nur in ganz frischen Fällen ist ein günstigeres Resultat zu erhoffen. Eine sichere Diagnose kann nur durch die Cystoskopie erzielt werden. (*Rif. med.* No. 97. 1893.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die therapeutischen Mafsnahmen bei gewissen Bubonen. Gleichzeitiges Vorkommen einfacher und virulenter Bubonen, von JULLIEN. (*Bull. méd.*

November 1892.) Entgegen der Ansicht von Strauss und Ducrey, wonach die Bubonen an sich keinen virulenten Charakter tragen, diesen vielmehr erst nach Infektion von aufsen annehmen, glaubt Verfasser, dafs primäre Virulenz vorkomme. Während nun Einige für möglichst frühzeitige Eröffnung der Bubonen einstehen, rät Verfasser mit der Incision und Auskratzung zu warten, bis das Ulcus, dem sie ihren Ursprung verdanken, in ein gewöhnliches, nicht specifisches Geschwür umgewandelt worden ist, um nicht durch eine vorzeitige Incision diese Infektion von aufsen, d. h. vom Ulcus herbeizuführen. Schwierigkeiten können eintreten, wenn neben nicht virulenten Bubonen gleichzeitig ulceröse vorhanden sind. In solchen Fällen müssen zunächst die ersteren in Angriff genommen und zur Vernarbung gebracht, und erst dann die letzteren behandelt werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Dr. Haenens berichtet (*La Policlinique.* No. 9. 1893) über einen Fall von **vollständiger Harnretention bei einem 16 Monate alten Kinde**. Beim Katheterisieren wurde mit dem olivenförmigen Instrumente zufällig ein ovoider, 6,5 mm langer **Harnstein** entfernt, worauf dauernde Heilung eintrat. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Experimenteller Beitrag zur Frage von der Antiseptik bei der Behandlung chirurgischer Krankheiten der Harnwege, von Ali Krogius und Sam. Chydenius. (*Finska Laekaresällskapets Handlingar.* Bd. 44. Heft 12. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1893. No. 17.) Die Verfasser prüften Sublimat, Hydrarg. bijodat. (durch die doppelte Menge Jodkalium in Lösung gebracht), Höllenstein, Borsäure und Kalium permang., indem sie Seidenfäden in Reinkulturen von Bacterum coli commune, Proteus vulgaris, Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcus pyogenes aureus tauchten, dann mit sterilem Harn auswuschen und dann durch Kulturversuche prüften. Gegen die Quecksilberpräparate war der Staphylococcus am widerstandsfähigsten. Hydrarg. bijodat. wirkt schwächer antiseptisch als Sublimat. Die Resistenz gegen Höllenstein war am gröfsten beim Bact. coli commune, am kleinsten beim Streptococcus. Borsäure und Kalium permang. hatten nur sehr wenig Einfluſs. Für die Harnröhre sind Instillationen wegen der Stärke der Lösung den Spülungen vorzuziehen. — Zur Desinfektion von Katheter und Bougies ist Arg. nitr. 1 : 500 bei weitem vorzuziehen, nur mufs vorher jedes anhaftende Fett durch Alkohol entfernt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die nervösen Affektionen des Darms bei der Neurasthenie des männlichen Geschlechts (Darmneurasthenie), von Peyer (Zürich). (*Wiener Klinik.* 1893. No. 1.) Der Verfasser sucht zu beweisen, dafs zahlreiche nervöse Darmerscheinungen Folgen einer Affektion in der männlichen Genitalsphäre sind. Der Vermittler dabei ist der Nervus sympathicus. Chronisch-entzündliche Vorgänge auf der Urethralschleimhaut, Prostata-Anomalien können durch Reizung der Nervenendigungen reflektorisch die Störungen der Darmthätigkeit auslösen, die sich am häufigsten als Motilitätsneurosen kundgeben; besonders als chronisch-nervöse Diarrhöe, dann auch als Obstipatio neurosa, als Neuralgia mesenterica (nervöse Kolik), Parästhesien, Sekretionsneurosen. Natürlich mufs bei der Diagnose jedes andere Leiden ausgeschlossen werden können. Kasuistische Mitteilungen erläutern das Gesagte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine materialistische Ansicht von der sexuellen Impotenz, von B. Lewis. (*Med. News.* 19. November 1892.) Eine Abnahme der sexuellen Leistungsfähigkeit kann durch verschiedene Ursachen bedingt sein; dieselben zerfallen in organische (mangelhafte Entwickelung des Penis), psychische und symptomatische. Unter den letzteren sind zu nennen allgemeine Herabsetzung der vitalen Energie, so bei Tuberkulose, Diabetes oder anderweiter Erschöpfung durch körperliche oder noch mehr geistige Anstrengung, sowie durch den Einfluſs von Chemikalien (Morphium, Brompräparate,

Lupulin, Blei etc.). Fernere wichtige ätiologische Momente sind Excesse in venere, Masturbation, Gonorrhoe und andere eine Hyperämie der Pars prostatica bedingende Anomalien; was sehr erklärlich ist, nachdem der Nachweis geliefert wurde, dafs gerade die Pars prostatica urethrae bei der Kohabitation eine eminente Rolle spielt. Eine abnorme Beschaffenheit dieses Teiles, namentlich in Gestalt einer chronischen Hyperämie oder Entzündung, ist oftmals die alleinige Ursache der sexuellen Impotenz, und dadurch wird es erklärlich, weshalb die sogenannten Aphrodisiaca, welche ja doch nur einen Blutandrang zu den Geschlechtsorganen hervorrufen, so häufig versagen oder das Uebel gar verschlimmern. Passende lokale (Zinc. sulphuric., Arg. nitric.) und allgemeine, tonisierende und kalmierende (Bromsalze u. a.) Behandlung erzielt oftmals die befriedigendsten Resultate. *Philippi-Nicheim.*

Letourneau (Société de Biologie) glaubt den **Ursprung der Circumcision** in Judäa auf die Sitte der Phallotomie (φάλλος = Penis) im alten Ägypten zurückführen zu können, welche wahrscheinlich auch bei den Spartanern bestanden habe und wobei die Genitalien der Besiegten an Bäumen aufgehängt wurden. Auch enthält die Bibel einige Verse, worin von David ausgesagt wird, dafs er dem Könige in der Absicht, dessen Schwiegersohn zu werden, 100 Präputia überbracht habe. Ferner finden sich darin Vorschriften, welche die Miktion in der aufrechten Stellung verbieten und die auch in den meisten muhamedanischen Ländern den Fremden auferlegt werden. (*Progrès médical.* 1893. No. 17.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verschiedenes.

Bericht für 1891 der dermatologischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen. Haslund giebt die übliche Übersicht der Krankenbewegung etc. — Im Ganzen wurden 2359 Kranke behandelt.

Bericht für 1891 des Vestre-Hospital, von R. Bergh. In diesem Jahre wurden 2335 Kranke behandelt, 1404 in der Abteilung für geheime und 831 in derjenigen für öffentliche Dirnen.

Bericht des Lungegaardshospitals (bei Bergen) 1889—91, von Danielssen. In den drei Jahren wurden resp. 47, 42 und 36 Lepröse behandelt. In der Pflegeabteilung waren gleichzeitig ca. 30 Kranke untergebracht. Die therapeutischen Mitteilungen sind mit denen im *Archiv für Dermatologie und Syphilis* publicierten identisch.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Zur Behandlung geschlechtskranker Kassenmitglieder, von R. Ledermann. (*Medicinische Reform.* 1893. No. 19.) Vom Standpunkte des Kassenarztes bespricht der Verfasser die Therapie der Geschlechtskrankheiten. Das Ulcus molle soll man baldmöglichst seiner specifischen Eigenschaften berauben, indem man es mittelst einer watteumwickelten Sonde mit Acidum carbolicum liquef. oder Lösung von Trichloressigsäure (1 : 5) oder mit letzterer in Krystallformen einige Sekunden ätzt. Darauf wird ein feuchter Verband mit essigsaurer Thonerde (1 : 8) und Gummipapier umgelegt, der fleifsig erneuert wird. Am nächsten Tage Wiederholung der Ätzung und Nachbehandlung mit Jodoform oder dem theuren Europhen. (Europhen ist allerdings theurer, aber so leicht, dafs man nur minimale Mengen braucht. D. Ref.) Wismuth und Dermatol führen auch, wenn auch langsamer zum Ziel; ein kleiner Kalomelzusatz ist zweckmäfsig. Zu empfehlen sind behufs definitiver Überhäutung auch

Arg. nitr.	0,1	*Tumenol.*	1,0
Bals. Peruv.	1,0	*Flor. Zinc.*	
Vaselin.	10,0	*Amyl.*	2,0
Mf. Ung.		*Vaselin.*	ad 10,0
		Mf. pasta.	

Bei phagedänischem Ulcus sind Bettruhe, Umschläge mit Kampherwein am Platze, Paquelin kann meistens entbehrt werden. — Gangränöse Schanker gehören ins Krankenhaus, wo sie Sitzbäder mit Zusatz von Kalium permanganicum, Sublimat oder essigsaurer Thonerde erhalten müssen. — Entzündliche Phimosen gehen durch Ausspülungen des Vorhautsacks und Umschläge mit essigsaurer Thonerde meistens zurück. Vor der etwaigen Operation ätzt man alle zugänglichen Ulcera. — Schankerbubonen werden so früh wie möglich operativ angegriffen; auch hier ist Krankenhausbehandlung ratsam. — Verfasser warnt vor den Ätzungen mit dem Argentum nitricum-Stift, da dadurch die Wunden indurieren und die ohnehin schwierige Abgrenzung vom Ulcus durum noch schwerer wird. — Den syphilitischen Primäraffekt behandelt man mit Kalomel bei offenem Geschwür, sonst mit Quecksilberpflaster. Die Excision ist empfehlenswert, trotzdem sie die allgemeine Syphilis kaum verhütet; vielleicht mildert sie aber den Verlauf derselben. Die Allgemeinbehandlung beginnt nach Ausbruch der Roseola. Die interne Behandlung ist wenig erfolgreich; Hydrargyrum tannicum oxydatum (0,1 drei mal täglich) ist das beste Präparat. Die rationellste Kur ist die Schmierkur, deren Durchführung bei Kassenmitgliedern außerhalb des Krankenhauses Verfasser aber widerrät. Reinlicher, praktischer, besser kontrollierbar ist die Injektionsmethode. Die löslichen Salze, in erster Reihe Sublimat, sind nicht sehr zweckmäßig, da die Kassenmitglieder selten 30—40 Tage hintereinander zum Arzt laufen können. Verfasser zieht daher die unlöslichen Salze vor und zwar vor allem Hydrargyrum salicylicum und Hydrargyrum thymolo-aceticum (1,0:9,0 Paraffin. liquidum). Er injiciert unter den bekannten Kautelen tief subkutan zuerst 8 halbe Spritzen in halbwöchentlichen, dann noch 4 ganze in wöchentlichen Intervallen. — Wichtig ist die Behandlung der Zähne vor Einleitung der Kur; diese kostet der Kasse nicht mehr als etwa nachfolgende Stomatitiden. Stets sind die Kranken während der Injektionsbehandlung arbeitsfähig. Ein heißes Bad am Tage der Injektion setzt die Empfindlichkeit herab. Nach der Kur sind einige Dampfbäder oder Dampfkastenbäder zweckmäßig. — Verfasser schließt sich denjenigen an, welche für eine chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung eintreten. Zu den Nachkuren verwendet er das Oleum cinereum Neisseri, das keine Schmerzen macht, sehr langsam resorbiert wird und sehr nachhaltig wirkt. Dieses Öl ist vorrätig in Hobés Apotheke, Berlin, Dresdenerstraße 31; man nimmt dann pro Injektion 4 Teilstriche alle Woche. — Lokal werden die Syphiliserscheinungen mit Königschem Quecksilberpflaster behandelt. Jodkalium hat im Frühstadium nur einen Zweck bei Knochen-, Gelenk- und Nervenaffektionen (kommen dann wohl nur ganz ausnahmsweise vor. D. Ref.), im tertiären Stadium bei allen Erscheinungen. Natrium bicarbonicum und reichlicher Milchgenuß lindern die Jodbeschwerden.

Alle Luetischen, die Injektionen nicht vertragen, alle Fälle von maligner Lues, alle Kranke, deren häuslichen Verhältnisse oder deren erwerbliche Thätigkeit eine Weiterverbreitung der Lues befürchten lassen, alle Frauen und Mädchen ohne specielle Obhut müssen dem Krankenhause überwiesen werden. — Syphilitische Augen- etc. Affektionen bedürfen der gleichzeitigen, gemeinsamen specialistischen Behandlung.

An Gonorrhoe leidende weibliche Personen müssen ins Krankenhaus, ebenso männliche Personen, die schwer arbeiten müssen. — Verfasser läßt in den ersten 8 Tagen keine Injektionen machen, sondern giebt Natrium salicylicum (4—8 g pro die)

intern; dann wird 8 Tage Rottersche Lösung (1 Pastille auf 1/4 l Wasser), in der dritten Woche Argentum nitricum (1 : 3000—4000) injiciert, bis die Gonokokken verschwunden sind. Zum Schlufs kommt Injectio simplex oder composita (Zincum sulfuricum, Plumbum aceticum ää 1,0, Aqua destillata 198). — Bei akuter Urethritis posterior und Cystitis sind heifse Bäder, einige Tage Bettruhe, später Irrigationen der Urethra und Blase am Platze; daneben Folia uvae ursi und Natrium salicylicum. — Bei chronischer Urethritis posterior ist die zweite Gläserprobe nach Ausspülung der Harnröhre diagnostisch wichtig. — Bougiert soll nur werden bei wirklicher Striktur und Infiltraten, wenn das Sekret gonokokkenfrei ist. — Bei Epididymitis womöglich Bettruhe und Hospitalbehandlung; wo wenig Beschwerden, kein Fieber besteht, ist das Falksonsche Suspensorium nützlich; ebenso Einwickelungen mit Jodbleipflastermull. Intern giebt man Natrium salicylicum, später Kalium jodatum. — Zum Schlufs fordert Verfasser die Kassenärzte auf, ihr grofses Material statistisch auszunutzen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Methode der Hauttransplantation nach Thiersch, von Trinka. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 18.) Bei den Transplantationen nach Thiersch bleibt ein Übelstand, dafs bei den üblichen Verbänden die aufgelegten Stücke vom Sekret weggeschwemmt oder während des Verbandwechsels entfernt werden. Verfasser konnte nun zunächst konstatieren, dafs die Stücke besser haften, wenn die Wunde lufttrocken geworden ist; er liefs deshalb dieselbe 1—3 Stunden vollkommen frei liegen oder trocknete sie durch ein Gebläse und transplantierte erst dann. Zur Einschränkung der Sekretion benutze er Europhen, das er auf die nicht bedeckten Teile aufstreute, und legte dann dünn mit weifsem Vaselin bestrichenes Guttaperchapapier, die Wunde 2 cm überragend, darüber. (Nach Unterschieben von Dochten zur Drainage wird das Guttaperchapapier an der Haut durch Chloroform befestigt; darüber eine Platte von Holzfilz, fette Watte, Organtinbinde. Die Verbände bleiben nur zwei Tage liegen und werden dann in gleicher Weise erneuert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 6. 15. September 1893.

Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis herpetiformis Duhringii.

Von

Dr. Funk, Warschau.

(Mit Tafel III.)

Als ich das erste Mal im Juni 1892 die Patientin sah, war ihre Krankheit ein diagnostisches Rätsel. Die Kranke, H. Katz — ein 37jähriges, armseliges, blasses, nervöses Geschöpf —, zeigte Veränderungen an der Unterlippe, welche sich seit einem Jahre (nach schwerer Pneumonie) allmählich entwickelt haben. Die ganze Unterlippe war in eine weiche, schwammige Geschwulst verwandelt, ihre Oberfläche braunrot, höckerig, mit Vesikopusteln dicht besetzt. Diese Veränderungen betreffen ausschliefslich das Lippenrot, sind scharf begrenzt, an der Hautgrenze mit dichtstehenden Vesikopusteln besetzt. Die Kranke klagt über Anfälle von starkem Jucken, Stechen und Brennen in der Unterlippe; während der Anfälle fliefst aus der kranken Stelle reichliches Serum.

Die übrige Haut zeigte damals keine Veränderungen. Ein Umschlag mit etwas Borsäure führte eine bedeutende Linderung und Abnahme der Schwellung herbei.

Erst ein Jahr später sah ich die Kranke wieder. Binnen dieser Zeit, also im zweiten Jahre der Erkrankung, sind neue Eruptionen an der Haut erschienen, namentlich an Kopf, Gesicht, Hals und Rumpf; die Lippenaffektion besserte sich und exacerbierte vielmals, ohne je vollständig zu heilen. Die neuen Eruptionen sind, ebenso wie die Lippenaffektion, sehr stabil, von monatelanger Dauer; nur ist der Ausschlag an der Brust und am Rücken nach Verlauf von sechs Wochen spurlos verschwunden.

Drei zusammenfliefsende bis flachhandgrofse Plaques nehmen gegenwärtig den gröfseren Teil der Kopfhaut samt der rechten Schläfe ein; eine flachhandgrofse Plaque sitzt an der linken Halsseite; eine kleine Plaque nimmt das rechte obere Augenlid ein. Die Eruption ist sehr typisch und zeigt an sämtlichen Stellen denselben Charakter. Die Plaques sind scharf begrenzt, wachsen excentrisch, sind $^1/_3$ bis $^1/_2$ cm erhaben,

weich, an der Oberfläche uneben, höckerig, braunrot, mit flachen, bis linsengroſsen Vesikopusteln dicht besät. Sehr bemerkenswert ist der Rand der Plaques. Er besteht aus zusammenflieſsenden bis linsengroſsen gelben Vesikopusteln, welche, in Halbkreisen angeordnet, die ganze Plaque umranden. Die Vesikopusteln flieſsen sehr eng zusammen; nur an einzelnen Stellen ist das Entstehen des pustulösen Randes an einzelnen Pusteln nachweisbar. Auſserhalb des pustulösen Randes entstehen hie und da einzelne Pusteln.

Die Eruption verursacht ein schreckliches Jucken und Brennen, welches bei Tag und Nacht die Kranke heimsucht; aus den kranken Stellen flieſst reichlich Serum, besonders bei Nacht und während der Juckanfälle. Im Bereiche der Plaques fallen die Haare nicht aus. Von Zeit zu Zeit schwellen bedeutend die kranken Stellen an, besonders am Kopfe. Die Affektion der Unterlippe ist gegenwärtig in Abnahme begriffen.

Die Schleimhäute zeigen, den vorderen Naseneingang ausgenommen, keine Veränderung; in den beiden Nasenlöchern bilden sich nämlich fortwährend Vesikopusteln, die zu Krusten eintrocknen; die äuſsere Nase ist ein wenig angeschwollen.

Die den kranken Stellen entsprechenden Lymphdrüsen sind mäſsig vergröſsert, hart und schmerzhaft.

Die Kranke ist schwach, blaſs, verbringt meistens schlaflose Nächte. Die objektive Untersuchung ergiebt: chronische Bronchitis (Vater an Phthise gestorben), Ren migrans, Uterusinfarkt mit Retroflexion und Retroposition. Der rechte Leberlappen etwas härter, schmerzhaft, reicht bis zur Spina ant. sup.; Anfälle von vermutlicher Leberkolik.

Im Harne ist die Harnstoffmenge vermindert, Harnsäure vermehrt, Oxalurie.

Die Blutuntersuchung (Dr. KLEIN) ergiebt Oligochromämie mit leichter Leukocytose, Neutrophilie und Eosinophilie; die eosinophilen Leukocyten bilden 13% der weiſsen Blutkörperchen.

Der Eiter der Vesikopustel besteht fast ausschlieſslich aus eosinophilen Leukocyten.

Irgendwelche Arzneimittel, wie Brom, Jod u. s. w., hat die Kranke weder vor, noch im Verlaufe der Krankheit eingenommen.

In den geschilderten Zügen fällt es unschwer, die DUHRINGsche Dermatitis herpetiformis zu erkennen, und namentlich ihre pustulöse und hypertrophische Varietät. Es spricht dafür der allgemeine Verlauf der Krankheit, das ausgesprochene nervöse Element, das verhältnismäſsig geringe Ergriffensein des Allgemeinzustandes, endlich die Morphologie des Ausschlages. Wer die DUHRINGsche Dermatose studiert hat, der wird sofort den oben beschriebenen pustulösen Rand als eine bekannte Er-

scheinung begrüfsen. In der That bildet der accentuierte Rand — ob papulös, papulo-vesikulös, oder pustulös — eins der prägnantesten morphologischen Merkmale der DUHRINGschen Dermatose. Differential-diagnostisch könnten blofs manche Arzneiexantheme, besonders manche Brom- und Joddermatosen in Betracht kommen, sind jedoch, wie gesagt, in unserem Falle ausgeschlossen.

Befremdend und eigenartig ist in unserem Falle das ursprüngliche Beschränktsein des Ausschlages auf die Unterlippe, welche ein volles Jahr allein befallen war; ebenso ungewöhnlich ist die bedeutende Stabilität des Ausschlages, seine Monophormie und Asymmetrie. Es steht dessenungeachtet dieser Fall keineswegs vereinzelt da; er erinnert vielfach an manche andere Fälle von pustulöser und vegetierender Varietät von DUHRINGscher Dermatose, so z. B. an den Fall von HUDELO und WICKHAM,[1] von HALLOPEAU mit excentrisch wachsenden bullösen Plaques.[2]

Eine entfernte Ähnlichkeit mit der „Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique" von HALLOPEAU[3] ist ebenfalls unverkennbar, ich wage jedoch über die Selbständigkeit oder Nichtselbständigkeit der letzten Krankheitsform nicht zu entscheiden.

Versammlungen.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 15. Mai 1893.

(*Deutsche Med.-Zeit.* 1893. No. 46.)

G. LEWIN stellt vor:

1. **Syphilitisches Empyem der Highmorshöhle** bei einer vor 9 Jahren wegen Syphilis behandelten Patientin. Sie zeigte ein Geschwür an der hinteren Pharynxwand hinter dem Velum, einen Defekt der rechten Nasenmuschel, verbunden mit starkem Eiterausfluſs. Die Durchleuchtung der Mundhöhle zeigte die rechte Highmorshöhle verdunkelt.

2. **Leucoderma syphiliticum**, stecknadel- bis pfenniggroſse weiſse Flecke, umrahmt von braunpigmentierter Haut. An einzelnen Stellen entspricht das Leucoderma dem früheren Sitz von Papeln, deren Reste noch teilweise sichtbar sind.

3. **Ein Gumma am harten Gaumen** in Gestalt einer 6—7 cm langen, 4—5 cm breiten Geschwulst bei einem Patienten, der sich wegen verschiedener syphilitischer Affektionen soeben einer Injektionsbehandlung unterzogen hatte.

4. **Schwere Nephritis nach Einspritzung unlöslicher Quecksilbersalze.** Der Patient, mit Flecken, Pusteln, Krusten bedeckt, hatte nach 0,1 Hydrargyrum salicylicum Stomatitis, zwei Tage später hohes Fieber, Kopfschmerzen etc. bekommen;

---

[1] *Société franc. de Derm.* Séance de 10. Décembre 1891. Un cas rare de Dermatite hérpetiforme de DUHRING, Variété pustuleuse et végétante.

[2] *Société franc. de Dermat.* Séance de 14. Januar 1892.

[3] *Internat. Atlas selt. Hautkrankheiten.* Taf. VII.

Urin 200 ccm in 24 Stunden, etwas ikterisch, stark eiweifshaltig; in ihm Cylinder, weifse Blutkörperchen, Detritus, Harnkanälchenepithelien. Das Albumen war nach 11 Tagen verschwunden, die zu Gangrän und Ulceration führende Stomatitis in 22 Tagen abgeheilt. Gleichzeitig starke Schwäche; Tremor der Hände; keine Colitis. — L. meint, dafs die Nephritis nach Injektion unlöslicher Quecksilbersalze deshalb selten zur Beobachtung kommt, weil die ambulatorisch behandelten Patienten sich, sobald sie nach der Injektion schwer erkranken, der Behandlung entziehen.

Fürbringer rechnet auf 12 mit Merkur behandelte Fälle eine Albuminurie, die aber stets schnell schwindet; nur in einem Falle nach unsinnigem Mifsbrauch des Quecksilbers fand er 1% Albumen, aber auch dieser Fall heilte.

Heymann fragt nach den Momenten, die zu syphilitischen Highmorshöhlenerkrankungen führen; er hat selbst zwei Fälle gesehen, bei denen eine Knochennekrose das Zwischenglied bildete.

G. Lewin gründet die Diagnose des Zusammenhanges auf anamnestische Momente und den Status praesens. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sitzung vom 29. Mai 1893.

Maul- und Klauenseuche beim Menschen, von J. Boas. Obgleich seit mehreren Jahrzehnten die Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf den Menschen bekannt ist, hat erst 1891 Siegel-Britz bei Gelegenheit einer beobachteten Epidemie in den Jahren 1888—91 die klinische und bakteriologische Seite genauer beschrieben; er nennt das Leiden „Stomatitis epidemica oder Mundseuche". Der Verlauf ist folgender: Nach 8—10tägiger Inkubation beginnen die Prodrome mit Schüttelfrost, allgemeiner Mattigkeit, Ziehen in den Gliedern, Schwindel, Kreuzschmerzen etc. Dieses Stadium, mit einem Fieber von 38,0—39,0° und darüber dauert 3—8 Tage, dann entwickelt sich ein eigentümlicher Ausschlag an den Lippen, an der Wangen-, Mund- und Zungenschleimhaut mit dem Charakter der Stomatitis aphtosa; gleichzeitig starke Zungenschwellung mit Ödem. In einem Fall nekrotisierte die aus der Zahnreihe hervorragende Zungenspitze. Auch die Masseteren sind stark geschwollen, so dafs das Kauen erschwert ist. Häufig kommen eine ödematöse Röte und Petechien an Unterschenkel und Unterarm vor, ebenso pemphigusartige Eruptionen. Das Fieber erlischt mit dem Auftreten des Mundausschlages, der Appetit kehrt wieder, die Krankheit nimmt einen günstigen Verlauf. In anderen Fällen treten schwere Blutungen auf der Mundschleimhaut, der Haut, in dem Intestinaltractus auf. Der Tod erfolgte in 20 Fällen unter mehreren Hundert. In Schnittpräparaten von Leber und Milz werden charakteristische Bakterien gefunden. Es giebt aber auch eine chronische Form von wochen- bis monatelanger Dauer, bei der starke Ernährungsstörungen, Schwindel etc. hervortreten. — Siegel hat als Urheber einen ovoiden Bacillus gefunden, der eine vakuolenartige Höhle zeigt, die sich nicht färbt und sich deshalb scharf an den gefärbten Enden abhebt.

B. hat nun Fälle von Mundseuche bei einer Familie gesehen, die rohe Milch von einem Gute wiederholt trank, auf dem die Seuche sporadisch herrschte. Drei Kinder von 4, 9 und 12 Jahren erkrankten nacheinander und boten das geschilderte Bild. Eigentümlich war das Exanthem der Hände bei dem ältesten Kinde; es betraf nur die ganze Volarseite und die Dorsalseite der beiden Endphalangen. An der rechten Hüfte, und Hals und Kinn fanden sich aufserdem hirsekorngrofse, ringförmig angeordnete und zerstreute Knoten. Die Eltern hatten auch leichte Anfälle.

Köbner hat vor drei Jahren einen Arbeiter vorgestellt, der sich bei der Fütterung erkrankter Tiere den Finger verletzt hatte. An diesem stellten sich zuerst Bläschen, dann fieberhafte Angina, vesikulöse und pustulöse Ausschläge ein.

G. Lewin hat zwei Fälle gesehen, in einem war die Abgrenzung gegen Syphilis nötig gewesen.

Litten hat in Heringsdorf eine Epidemie im Hause eines Arztes mit Beteiligung der Finger gesehen.

Skamper hat bei den Kindern der von Boas erwähnten Familie erhebliche Leberschwellung und Vergrößerung der Milz beobachtet. Bei der Abstoßung der Plaques, welche mit nicht unbedeutenden Substanzverlusten einherging, traten ziemlich reichliche Blutungen auf. Ein Kind der Familie schien immun zu sein.

Siegel hebt in der Sitzung vom 5. Juni 1893 hervor, daß die Diagnose subakuter und chronischer Fälle oft schwierig ist. Nachdem die Kranken einen Blasenausschlag durchgemacht, melden sie sich nach 4—5 Wochen mit unbestimmten Symptomen, Schwindel, Mattigkeit, Schmerzen in der Magen- und Lebergegend, Obstipation, Prostration. Nur durch Analogie und per exclusionem läßt sich die Diagnose stellen. Als Beispiel stellt er zwei Fälle vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ärztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 14. Juni 1892.

Nonne: 1. **Über Rückenmarkssyphilis.** Es werden die anatomischen Präparate eines Patienten gezeigt, der 1870 Syphilis acquirierte, 1875 die ersten Erscheinungen der Tabes zeigte: Westphalsches Symptom, tiefgehende Sensibilitätsstörungen an den unteren, geringere an den oberen Extremitäten, Ataxie, Atrophia nervi optici, doppelseitige Pupillenstarre, Blasen- und Mastdarmstörungen. Zwei Wochen vor dem Tode traten subakut eine Paraplegie der oberen Extremitäten und eine vom vierten Interkostalraum nach abwärts gehende tiefe Analgesie des Rumpfes, sowie cerebrale Erscheinungen hinzu. Es fanden sich neben der Hinterstrangsklerose ein Gliom vom Cervikal- bis zum unteren Ende des Dorsalmarks, sowie Erweichung im Cervikalmark. Die Arteria basilaris zeigte die Heubnerschen Gefäßveränderungen. — Sodann stellt Nonne einen 45jährigen Patienten vor, der vor 5 Jahren am Kinn beim Rasieren inficiert war. Ein Jahr später traten Parästhesien und motorische Schwäche in den oberen, ein weiteres halbes Jahr später in den unteren Extremitäten auf. 1889 bestand Lähmung der oberen Extremitäten mit hochgradigen Sensibilitätsstörungen, aber ohne spastische Symptome und Muskelatrophie, spastische Lähmung der unteren Extremitäten mit gleichen Sensibilitätsstörungen; leichte Blasenschmerzen; Parästhesien in allen Extremitäten, Schmerzen im Genick. Unter spezifischer Behandlung tritt Besserung ein. 1890 wieder Verschlechterung, Zustand noch viel schlimmer; wieder nach spezifischer Behandlung Besserung. 1891 erneutes Recidiv, seitdem aber unter andauernder Behandlung vollkommene Wiederherstellung. Cerebrale Symptome waren nie vorhanden, leichte Arteriosklerose ist nachweisbar. Später spezifische Arthritis und Periarthritis.

2. **Präparate von Lepra tuberosa** von einem 29jährigen Patienten. Leprabacillen finden sich in Leber, Milz, Nieren (sehr selten!), Hoden, Haut, Nervus medianus und ulnaris. Die Nieren zeigten neuritische und perineuritische Degeneration, sowie zwiebelförmige Neubildungen (Langhans). Die klinischen Symptome hatten den schweren Veränderungen der Nerven durchaus nicht entsprochen. Es fehlt die Wallersche Degeneration.

Rumpf betont, daß für den Erfolg der spezifischen Therapie bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems besonders die Lokalisation maßgebend sei. Veränderungen in den Meningen, umschriebene Erkrankung im Innern des Hirns und Rückenmarkes sind derselben zugänglich, hinterlassen jedoch meistens Funktionsstörungen. Am wenigsten werden die Veränderungen des Gefäßsystems und ihre Folgen beeinflußt.

Eisenlohr bezweifelt, ob die Gefäfsveränderungen bei Syphilis des Rückenmarkes charakteristisch sind. Die Prognose der Syphilis des Nervensystems ist nicht günstig, aber immerhin bietet die Feststellung des syphilitischen Ursprungs eine günstige Chance.

Arning knüpft an die Befunde von Nonne in den Nerven bei dem Leprafall an und setzt des weiteren auseinander, weshalb er den in der letzten Zeit besonders von Gerlach vertretenen Standpunkt, dafs die anästhetischen Flecken bei der Nervenlepra nur graduell von den Lepraknoten verschieden sind und von hier aus das Leiden ascendirend fortschreitet, nicht teilt. Der Nachweis der Bacillen in den primären Hautaffektionen der Lepra nervosa ist nicht geführt.

Unna schliefst sich den Aufzeichnungen Arnings im ganzen an.

Eisenlohr findet auch den Kontrast zwischen den anatomischen Befunden und dem klinischen Bilde in diesem Falle sehr auffallend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Greifswalder medizinischer Verein.

Sitzung vom 11. März 1893.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 22.)

Über Behandlung des Lupus berichtet Heidenhain. Nachdem die Behandlung mit dem Thermokauter, scharfem Löffel etc. keine einzige wirkliche Heilung ergeben, ist der Vortragende zur Excision der kranken Teile mit nachfolgender Transplantation nach Thiersch geschritten und hat damit gute Erfolge erzielt. Technische Schwierigkeiten stehen dem Verfahren nicht entgegen.

Die Innervation derjenigen Pigmentzellen, die man als **Chromatophoren** bezeichnet, demonstriert Ballowitz an Zeichnungen. Aus diesen geht hervor, dafs die Chromatophorenschicht der Haut sehr reich an Nervenfasern ist, welche das Bindegewebe durchziehen und ein lockeres Geflecht bilden. Aus diesen zweigen sich feinere Fäden ab, die sich ihrerseits zu einem weitmaschigen Geflecht verbinden, das feine Fädchen zu den Chromatophoren sendet, die dieselben korbartig umspinnen. Diese Nervennetze stehen untereinander in Verbindung und schicken feinste variköse Fibrillen in den Zellkörper der Chromatophoren, wo sie sich verzweigen und frei enden. Auffallend ist die grofse Zahl der Endfibrillen, welche zu einer einzigen Zelle gehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der Société de Biologie (Sitzung vom 20. Mai 1893) sprachen Brown-Séquard über eine **neue Behandlungsmethode der Akromegalie**, bestehend in Injektionen von Milz-, Thyreoidea- und Knochenmarkextrakt (an Stelle des Hodensaftes) zu 2,0 pro die;

Strauss über die Untersuchungen von Lendet, dem es gelang, den **Bacillus lactis aërogenes Escherich mit dem Bacille lactique Pasteur** zu identificieren.

Laveran über das **Mikrobion der Parotitis**, den er mit Catrin wiederholt in der Parotis, den entzündeten Hoden und dem Blute in Gestalt eines Diplococcus nachwies. Tieren injiciert, verursachten die Kulturen keine oder nur vorübergehende Störungen (ausgenommen bei der Maus, wo er tödlich wirken kann). Aus dem Blute verschwindet er nach und nach mit den Fortschritten der Rekonvalescenz;

Charrin und d'Arsonval über die **Wirkung hohen Druckes (50 Atmosphären) auf den Bacillus pyocyaneus**; derselbe hatte nach 24 Stunden alle seine Eigenschaften verloren. (Nach *Progrès médical*, 1893. No. 21.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Deutscher ärztlicher Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 14. December 1892.

(*St. Petersb. med. Woch.* 1893. No. 18.)

Stenose des rechten Bronchus auf syphilitischer Grundlage hat KÖNIG bei einer 45jährigen Patientin als wahrscheinlich diagnosticiert, welche seit einem Jahre an Schmerzen in den Schultern und Seiten leidet. Später traten dazu Husten, Heiserkeit, Stenosengeräusch, Dyspnoe, Schluckbeschwerden. Lues und Alkoholismus geleugnet. Die rechte Lungenhälfte zeigt bedeutend herabgesetzte Atemgeräusche, dabei vollen Schall und etwas erweiterte Grenzen. Von den übrigen Befunden ist nur hervorzuheben eine Knochenauftreibung an der Tibia, Vergrößerung einer Drüse in der linken Axilla, ein Aussehen der hinteren Rachenwand, welches KÖNIG auf Narbenbildung nach luetischen Ulcerationen zurückführen will. Nach einer Schmierkur und Jodkalium trat eine Besserung ein.

In der Diskussion hält ASSMUTH auch die Knochenauftreibung an der Tibia für luetisch, PETERSEN nur für verdächtig. Die Rachenaffektion wollen weder PETERSEN noch RAUCHFUSS auf Lues zurückführen. DE LA CROIX glaubt, daſs die meisten Symptome für einen Tumor im hinteren Mediastinum sprechen; nur stimme damit nicht recht die eingetretene Besserung.

Einen Fall von Prostatahypertrophie mit profusen Blutungen berichtet MASSING. Es handelt sich um einen 80jährigen Mann, der seit 15 Jahren wegen der genannten Beschwerden von M. behandelt wurde. Als Ursprung der Blutungen waren die Nieren stets angenommen worden und dieselben auf Infarktbildung bezogen, die durch Atheromatose bedingt sein sollte. Ein systolisches Geräusch auf dem Sternum, aber kein Zeichen eines Klappenfehlers waren vorhanden gewesen. Die Obduktion bestätigte die Infarktbildung in den Nieren, als deren Ursache eine hochgradige Stenose der Aortenklappen sich erwies. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga.

Sitzung vom 18. Februar 1893.

(*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1893. No. 26.)

Ein **sackförmiges Aortenaneurysma** demonstriert Dr. KRANNHALS bei einer 29 Jahre alten Frau. Bei der näheren Erörterung des Falles führt HAMPELN das Leiden auf Syphilis zurück, trotzdem bei der jungen Frau ebensowenig wie bei ihrem Manne irgend ein Symptom von Syphilis nachzuweisen ist, wenn man nicht gerade die Sterilität der 5jährigen Ehe als solches ansieht. Der Vortragende ist aber der Ansicht, daſs eigentlich nur die Syphilis schon in jungen Jahren zur Arteriosklerose führt; alle anderen Ursachen der letzteren wirken nur langsam und im höheren Alter.

Über **eine Pockenepidemie** im Stadtkrankenhause berichtet SCHMIDT. Von initialen Exanthemen am ersten oder zweiten Fiebertage, zuweilen schon vor Anbruch des Fiebers, wurden beobachtet:

1. Erytheme, bald masern-, bald scharlachähnlich. Beide betrafen Rumpf und Extremitäten. Nur ausnahmsweise entwickelten sich auf den masernähnlichen Flecken rudimentäre Pusteln oder nur Bläschen. Das Allgemeinbefinden war bei diesen Erythemen stets sehr schlecht, der definitive Verlauf aber sehr gut, die Pustelzahl gering. Nur bei einem scharlachähnlichen Falle bildeten sich hämorrhagische Pusteln, und trat unter Schleimhautblutungen der Tod ein.

2. Hautblutungen, als dunkelbraun- oder blaurote, wenig erhabene Fleĉken, besonders in den Inguinalgegenden an den Seitenflächen des Rumpfes und den Extremitäten. Niemals entstanden Pusteln auf diesen Stellen. Traten zwischen den Flecken zahlreiche Pusteln auf, dann war der Verlauf ein schwerer, im entgegengesetzten Falle ein leichter.

Von diesen initialen Blutungen sind die später auftretenden streng zu scheiden. Leichte Blutungen in den Pusteln sind nicht immer mali ominis, wohl aber flächenhafte Blutergüsse in die Cutis und aus den Schleimhäuten. Der Tod trat meist ein, wenn die Pusteln des Gesichts einzutrocknen beginnen. Ominös waren Delirien und Bewußtlosigkeit bei beginnender Suppuration. — Die Therapie war eine symptomatische; Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit sind sehr wichtig. — Von Komplikationen sind beobachtet: einmal Pneumonie, viermal Erysipel, eine Larynxstenose, eine akute Manie. Fast alle von schwerer Variola Genesenen hatten oft zahlreiche, meistens kleine Hautabscesse. — Von 203 Kranken sind 42 = 20,7 gestorben. — Kinder bis 9 Jahren, alle ungeimpft, waren 40; davon starben 18 = 45,4%; über 9 Jahre waren ungeimpft 36, von denen 16 = 44,4% tödlich endeten. — Über 9 Jahre waren geimpft 127, von denen starben 8 = 6,3%. — Kein geimpftes Kind unter 9 Jahren ist in die Abteilung gekommen. — Keiner der Vaccinierten, die gestorben sind, waren revacciniert; sie waren sämtlich über 20 Jahre alt.

Pander hat häufig Urticaria als initiales Exanthem beobachtet; auffallend war ihm oft die Anordnung der Exantheme in den Interkostalfurchen, entsprechend dem Nervenverlauf.

Bernsdorf berichtet über 2 Kinder, welche am 4. Tage nach der ersten Impfung an schwerer Variola erkrankten, aber genasen.

M. Schönfeld berichtet über einen Paralytiker, der in der Isolierzelle mit Schüttelfrost erkrankte und ein gleichmäßig, scharlachrotes Exanthem bekam. Es gesellten sich Petechien, schwere Allgemeinerscheinungen hinzu, und der Patient ging zu Grunde. Er, wie die an der Diskussion teilnehmenden Ärzte fassen den Fall als Septikämie auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Ergänzungsheft II.

I. **Zur Frage der sogenannten Psorospermosis follicularis vegetans Darier**, von P. P. Pawloff-Petersburg. Verfasser giebt einen sehr kurzen Überblick alles dessen, was von Darier, Buzzi und Miethke, White, Boeck und anderen Autoren über die Krankheit geschrieben worden ist. Sodann teilt er ausführlich die Krankengeschichte zweier Psorospermosenfälle aus dem Kalinkin-Krankenhause in St. Petersburg mit.

Fall 1 betrifft eine 16jährige Bäuerin, die an ihrem Hautausschlage bereits seit ihrem vierten Lebensjahre leidet. Der Ausschlag entstand zuerst im Gesichte und soll sich dann, wie Patientin von ihren Angehörigen erfahren, im Laufe einer Woche auf alle jene Stellen ausgedehnt haben, auf welchen er jetzt zu sehen ist.

Die Affektion ist an beiden Körperhälften genau symmetrisch lokalisiert.

Die Kopfhaut ist durchweg mit reichlichen, hellgelben, stecknadelkopfgroßen, auf der Unterlage fest anhaftenden Krusten belegt. Beim Abkratzen tritt eine rötliche bis graugelbe unebene Fläche hervor.

Auf der Stirn, an den Wangen in der Nähe der Nase, unweit der Ohren, am Kinn zeigen sich auf der geröteten Haut zahlreiche kleine rote Knötchen, die dicht aneinandersitzen und auf ihrer Spitze eine gräulichgelbe Kruste enthalten. Kratzt man die letztere weg, so entsteht sehr oft kapilläre Blutung. Ähnliche Knötchen sieht man am Halse, auf dem Rücken, hier jedoch nicht so dicht aneinandergelagert

und etwas mehr über das Hautniveau hervorragend, ferner an den Glutäen, am Abdomen, an den Vorderarmen, Fingern und Handrücken. An den letzteren sind die Knötchen gröfser, flacher, enthalten keine Krusten auf der Spitze und gleichen mehr echten Papeln von braunroter Farbe. Ähnlich befallen sind Sohlen und Fufsrücken. In den Achselhöhlen, Kniekehlen finden sich reichlich Knötchen. Die Haut zeigt an denjenigen Stellen, wo die Efflorescenzen klein und dicht nebeneinandergelagert sind, wie am Halse, ein chagrinartiges Aussehen. — Die Patientin schwitzt aufserordentlich stark.

Was das Verhältnis der Knötchen zu den Haarfollikeln betrifft, so zeigt ein grofser Teil der Knötchen ein zentral stehendes Härchen, doch ist diese Erscheinung in dem vorliegenden Falle nicht konstant.

Fall 2 betrifft eine 28jährige Bäuerin, die wegen eines akuten Exanthems im Gesichte ins Krankenhaus gekommen war. Aufser diesem Exanthem, das etwa seit einer Woche bestand, hatte Patientin ein anderes chronisches Hautleiden sowohl im Gesichte, wie auch an anderen Körperteilen aufzuweisen. Dieses Leiden, das bald nach ihrer Geburt aufgetreten sein soll, ist charakterisiert durch meist trockene, hellgelbe, verschieden grofse, ziemlich fest auf der Unterlage haftende Krusten. Die Kopfhaut ist nur wenig ergriffen. Im Gesichte bemerkt man noch reichliche, vereinzelte, unregelmäfsig zerstreute, rotbraune Knötchen und eine Menge Sommersprossen. Ähnliche Knötchen finden sich an verschiedenen anderen Körperstellen. Hals, vordere Brustwand, oberer Rückenteil, Vorderarme sind dicht besät von Epheliden. Wie die Patientin angiebt, hat ihr Vater ebenfalls eine Menge Sommersprossen gehabt, während die Mutter an einem ähnlichen Exanthem, wie sie selbst, litt.

Auch diese Patientin schwitzt sehr leicht, namentlich an den Händen, Füfsen und in der Achselhöhle.

Verfasser teilt im folgenden die mikroskopischen Befunde mit. Dieselben stimmen im wesentlichen mit denen Dariers überein. Die Schlufsfolgerung, die P. aus seinen Untersuchungen zieht, ist die, dafs wir es in den beschriebenen Fällen mit einer Erkrankung der Epidermis in toto zu thun haben. Die in den verschiedenen Schichten der Epidermis vorgefundenen runden oder ovalen Gebilde, welche Darier für Parasiten von der Klasse der Psorospermien hält, und auf Grund deren er für diese Erkrankungsform einen rein parasitären Ursprung annahm, hält der Verfasser in Übereinstimmung mit anderen Autoren für abnorm, unregelmäfsig, an nicht üblichen Stellen verhornte Zellen. Die Ursache der Krankheit ist wahrscheinlich auf eine kongenitale Allgemeinstörung im Nervensystem zurückzuführen.

II. **Über die Lokalisation des Quecksilbermetalles im tierischen Organismus nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpräparaten,** von K. Ullmann-Wien. Verfasser bediente sich bei seinen Quecksilberuntersuchungen der seit Jahren erprobten Methode von E. Ludwig, die sehr genau ist und es ermöglicht, selbst die kleinsten Quecksilbermengen mit Sicherheit nachzuweisen. Die zu untersuchenden Organe der Versuchstiere wurden möglichst vom Fette befreit, fein zerschnitten oder zerkleinert gewogen, mit ihrem Gewichte 50%iger Salzsäure übergossen und im Kochkolben, dem der Liebigsche Kühler aufgesetzt war, so lange gekocht, beziehungsweise knapp bei oder unter der Siedetemperatur gehalten, bis die organischen Substanzen aufgeschlossen, gelöst waren, und nun durch Zusatz von einigen Gramm chlorsaurem Kalium das gebildete Schwefelquecksilber zerstört, wobei sich die meist dunkle Flüssigkeit in eine wasserklare, weifsgelbe oder nur gelbbraun gefärbte aufhellte. Hierauf wurde die etwas abgekühlte Flüssigkeit vom Fette und dem Reste der organischen Substanzen durch Filtration befreit, in ein Becherglas gegossen, mit Zinkstaub versetzt und nun weiterhin so verfahren, wie dies vor-

schriftsmäfsig auch mit dem Urin, Speichel und anderen tierischen Flüssigkeiten geschah.

Ludwig fand bei seinen Untersuchungen in allen organischen Geweben vergifteter Menschen oder Tiere (insbesondere vergifteter Hunde) Quecksilber, und zwar Spuren davon im Gehirn und in den Knochen, wägbare, aber sehr geringe Werte in der Lunge, in den Muskeln und im Herzen; wenig oder gar kein Quecksilber enthielt die Galle, relativ viel der Darm, namentlich der Dickdarm; am meisten fand sich in der Leber und Niere. Auch die Schilddrüse wies in einzelnen Fällen einen nennenswerten Quecksilbergehalt auf. Nicht sichergestellt ist das Resultat bezüglich der Speicheldrüsen.

Die Versuche, welche Verfasser zumeist an Hunden angestellt hat, bezweckten, die Quecksilberverteilung nach verschiedenen Arten der Applikation von Quecksilberpräparaten im tierischen Organismus zu studieren, insbesondere nach den gebräuchlichen Injektionen und auch nach direkter Infusion von Quecksilberpräparaten in das Blutgefäfssystem.

Verfasser beschreibt im folgenden die einzelnen Versuche, die teils mit leicht löslichen, teils mit schwer löslichen Quecksilberpräparaten sowohl in toxischen als auch in solchen Dosen gemacht wurden, wie sie der gebräuchlichen therapeutischen Verwendung beim Menschen entsprechen.

Bei der ersten Versuchsreihe zeigte es sich, dafs eine akute Intoxikation mit Oleum cinereum, selbst in grofsen Dosen injiciert, beim Hunde wenigstens nicht zu stande gebracht werden kann. Das Tier ging erst am 20. Versuchstage zu Grunde.

Aus den Untersuchungen des Verfassers ergiebt sich zunächst, dafs die Methode der subkutanen Injektion die relativ gröfste Menge Hg in die Organe bringt. Was die Lokalisation betrifft, so entsprechen die Befunde im allgemeinen den Ludwigschen Resultaten. Am meisten Quecksilbermetall enthielt die Niere, relativ und absolut viel der gesamte Darmtractus, hier wiederum der Dickdarm die gröfste Menge, jedoch nicht viel weniger der Dünndarm. Diesen verschieden grofsen Mengen entsprechen auch die vorgefundenen, verschieden intensiven anatomischen Läsionen.

Lunge, Gehirn, normaler Knochen, sowie die Speicheldrüsen nahmen nur wenig Hg auf, ebenso Herz- und Körpermuskulatur, bei denen auch keine fettige Degeneration als Folge der Hg-Einverleibung konstatiert werden konnte.

Während nach einzelnen Autoren, wie Paschkis, Winternitz, Kronfeld, Stein, die stattfindende Metallausscheidung in Harn und Fäces während der Behandlungsdauer circa $^1/_{10}$ der eingespritzten Menge beträgt, ergaben die vorstehenden Untersuchungen des Verfassers in den Eingeweiden zusammen mit dem Residualquecksilber an den Ingestionsherden eine vorgefundene Quecksilbermenge von circa 30%. Somit müssen circa 70% des ursprünglich Eingespritzten den Körper des Tieres bis zum Tode desselben verlassen haben. — Eine sichere Erklärung für diese auffallende Differenz vermag Verfasser nicht anzugeben.

III. **Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues**, von Fr. Mračeк-Wien.

Verfasser bringt im ersten Kapitel seiner Arbeit einen kurzen Überblick zur Geschichte der Syphilis des Herzens und eine chronologisch geordnete Zusammenstellung der in der Litteratur veröffentlichten Fälle. An dieselbe schliefst der Verfasser im zweiten Teile einen ganz ausführlichen, sowohl das klinische, wie das pathologisch-anatomische Bild betreffenden Bericht über fünf eigene Fälle von Erkrankungen des Herzens infolge acquirierter Syphilis an. Eine tabellarische Übersicht der Kasuistik bildet den Schlufs dieses Kapitels.

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen syphilitischen Er

krankungen am Herzen, sowie die pathologischen Veränderungen desselben einzeln einer eingehenden Betrachtung unterzogen.

Der Verfasser hat eine umfangreiche Arbeit geliefert, die im Rahmen eines Referates nicht hinreichend gewürdigt werden kann. Die Autoren der nächsten Zeit, welche sich mit derselben Materie beschäftigen, werden auf Mračeks ausgezeichnete Abhandlung zurückgreifen und sich manche Mühe mit dem Aufsuchen und dem Durchlesen der Litteratur ersparen.

IV. **Über multiple Myome der Haut**, von M. Wolters-Bonn.

Verfasser beschreibt zwei derartige Fälle aus Prof. Doutreleponts Klinik. Fall 1 betrifft einen 40jährigen Mann, der an seiner Affektion seit 15 Jahren leidet. Dieselbe ist charakterisiert durch kleine bis linsengrofse flache Erhabenheiten von rötlichgelber Färbung und derber Konsistenz, die ohne scharfe Grenze in die umgebende normale Haut übergehen. Am unteren Rande der Kniescheibe und auf dem Olekranon stehen die Efflorescenzen am dichtesten und konfluieren hier zu gröfseren, erhabenen Flecken und Streifen. In der Haut der Ellenbogen- und Kniegegend, an der Hinterfläche des linken Oberschenkels finden sich die gleichen, flachen rötlichgelben Prominenzen auf sonst normaler Haut. Der Patient hat von der Affektion keinerlei Beschwerden. — Ein Zusammenhang der Lokalisation der Geschwülstchen mit Gefäfs- oder Nervenbahnen liefs sich nicht feststellen.

Heredität liegt nicht vor. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist gut.

Die mikroskopische Untersuchung eines von der Haut des rechten Ellenbogens excidierten Stückchens ergab als wesentlichsten Befund eine aus unregelmäfsig gewundenen, sich mannigfach kreuzenden und durchflechtenden Bündeln glatter Muskelfasern bestehende Masse. Die Muscularis der Gefäfse, welche sich hie und da zwischen den glatten Muskelfasern vorfinden, ist stark hypertrophisch und stark kernreich. Dasselbe gilt auch von den dem Tumor benachbarten Gefäfsen. — Überall sind die Kerne der Muskelfasern deutlich nachweisbar.

Die neugebildeten Elemente stehen, wie sich dies deutlich erkennen liefs, mit den normalerweise vorhandenen muskulären Bildungen der Haut, namentlich an den Haarbälgen, Drüsen und Gefäfsen, in direktem Zusammenhange und gehen aus ihnen hervor.

Fall 2 betrifft einen 20jährigen Arbeiter, der im März 1892 unter einen Wagen geriet und eine Kontusion der linken Hand und des rechten Oberschenkels davontrug. Etwa drei Wochen später, nachdem die Verletzungen abgeheilt waren, klagte der Patient über starkes Mattigkeitsgefühl und intensiven Durst. Die Untersuchung des Urins ergab deutliche Zuckerreaktion, kein Eiweifs.

Die jetzige Affektion, welche Januar 1893 plötzlich aufgetreten ist, besteht aus kleinen stecknadelkopfgrofsen, gelbrötlichen Knötchen, die in der Cutis sitzen. Daneben finden sich bis linsengrofse, bald kreisrunde, bald länglichovale Efflorescenzen. Von der Affektion sind vorwiegend die Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten ergriffen und hier wieder Olekranon und Patella am stärksten befallen.

Subjektive Beschwerden besonders Schmerzen bestehen nicht. Die Sensibilität ist normal. Das Allgemeinbefinden gut.

Die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückchens bestätigte die Diagnose: Dermatomyomata cutis.

Beide Fälle zeigen, sowohl was das klinische, wie pathologisch-anatomische Bild betrifft, mannigfache Übereinstimmung, während die Differenz vielleicht auf die verschieden lange Dauer des Bestehens der Affektion zurückzuführen ist.

Verfasser bespricht im folgenden die einschlägige Litteratur.

C. Berliner-Aachen.

Die Krankheiten der Blase und der Prostata, von G. C. Wyman. (G. S. Davis. Detroit 1891. 132 S.) Im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich der Verfasser mit der Anatomie und den Methoden der Untersuchung der Blase und der Prostata.

Die Untersuchungmethoden sind subjektiver und objektiver Art. Eine sorgfältig aufzunehmende Anamnese hat festzustellen: Das Alter, die Beschäftigung des Patienten; die Dauer der jetzigen Krankheit, etwaige vorangegangene Krankheiten, namentlich Gonorrhoe, ferner die Lokalisation und den Charakter der augenblicklichen Schmerzen und Beschwerden, die Häufigkeit des Harnlassens, die Beschaffenheit und Quantität des Harnstrahls, die Farbe und Qualität des Urins, die Beschwerden beim Gehen, Reiten, Fahren etc., endlich ob hereditäre Belastung vorliegt. — Sodann ist die objektive Untersuchung vorzunehmen unter Beobachtung der strengsten Antisepsis, Reinlichkeit und aller Vorsichtsmafsregeln, um den Patienten namentlich mit unnachgiebigen Instrumenten nicht zu verletzen, oder um gewisse Zufälle nicht selten bedrohlichen Charakters, wie Schüttelfrost, Fieber, Shock zu vermeiden. Verfasser pflegte 12 Stunden vor der instrumentellen Untersuchung Chinin innerlich und 1 Stunde vorher Opium in Suppositorien zu geben.

Im folgenden Kapitel werden weitere Ratschläge erteilt, um den Shock während und nach Operationen an der Blase und Prostata zu verhüten. Stephen Smith in New York rät zu diesem Zwecke, aufgeregte Patienten durch heitere Unterhaltung zu beruhigen und ihre Aufmerksamkeit abzulenken; vor der Narkose Stimulantien zu geben; die Narkose möglichst abzukürzen, die Operationen so rasch, als es angeht, zu vollenden, die Patienten dann schnell anzukleiden und vor Abkühlung zu bewahren. Nach der Operation befindet sich der Patient am besten in trockener Wärme. Per rectum werden Stimulantien und flüssige Nahrung gegeben; subkutan Brandy injiciert, durch den Mund geistige Getränke, schwarzer Kaffee verabreicht. Der Patient mufs dann in horizontaler Lage vollkommen ruhig liegen und schlafen.

Die Anästhetica werden einer kurzen Besprechung unterzogen.

Im dritten Kapitel beschäftigt sich der Verfasser mit den Deformitäten und den Verletzungen der Blase und deren Komplikationen. Sodann werden die Rupturen und Tumoren der Blasen an der Hand einiger Fälle aus der Praxis des Verfassers eingehend besprochen.

Die folgenden Kapitel behandeln die Neuralgie der Blase, die Blasensteine, die Reizbarkeit der Blase, die Cystitis etc. In den letzten Abschnitten des wertvollen und an beherzigenswerten Ratschlägen reichen Buches finden die Krankheiten der Prostata ihre ausführliche Besprechung. *C. Berliner-Aachen.*

Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata. Nach den Vorlesungen im Hôpital Necker von Prof. Dr. F. Guyon, bearbeitet von Dr. M. Mendelsohn. August Hirschwald, Berlin, 1893. Da die Kenntnis fremder Sprachen bei uns Deutschen dank unserer Ausbildung in klassischen Gymnasien leider nicht zu dem Rüstzeug des Arztes zu gehören pflegt, ist es stets verdrieflich, wenn Werke berühmter ausländischer Autoren nicht dem deutschen Leserkreise zugänglich gemacht werden. Wenn es sich nun um die Vorträge eines so gewiegten und viel erfahrenen Kenners der Erkrankungen der Harnorgane handelt, dann wird man sie gewifs freudig begrüfsen. Der Bearbeiter kennt auch das ärztliche Publikum sehr genau, er weifs, dafs die Abneigung zur Lektüre wächst proportional dem Umfange des Buches. Er hat deshalb wohlweislich das ursprüngliche französische Werk auf knapp ein Drittel seines Umfanges reduciert und dadurch gewifs nicht wenig die Verbreitung des vorliegenden Buches gefördert. — Der Inhalt der Guyonschen Vorträge ist durchweg ein subjektiver, den Anschauungen und Erfahrungen des Verfassers

entsprechender, die wir hier klar wiedergegeben finden. Es ist sehr weise, dafs der Bearbeiter nicht durch Zusätze subjektiver oder objektiver Natur seinerseits uns das Bild des Klinikers Guyon verschleiert hat. Wer ein solches Buch überhaupt liest, will eben Guyon kennen lernen, nicht ein unparteiisches Lehrbuch studieren. — Es ist interessant und lehrreich, diese in durchaus glatter, fliefsender Sprache geschriebene Bearbeitung zu lesen. Es mag nicht ganz wissenschaftlich klingen, wenn ich sage, dafs dieses Interesse dadurch erhöht wird, dafs man in dem Buche nichts von Cystoskopie etc. liest. In der heutigen Zeit der komplicierten Untersuchungsmethoden, die unter den Specialisten eines Faches gewöhnlich noch besondere Specialisten für einzelne in demselben üblichen Methoden zeitigt, ist es eine ordentliche Erholung, zu lesen, was man mit relativ einfachem Instrumentarium, in dem der klinische Blick und die durch Erfahrung geschärfte Beobachtung obenan stehen, leisten kann. Deshalb wird auch jeder Arzt viel aus dem Buche lernen können. Dasselbe umfafst die Geschwülste der Harnblase, die Prostatahypertrophie, die verschiedenen Formen der Cystitis, die Entzündungen und Neubildungen der Prostata und eine Reihe von Einzelheiten. Die Ausstattung entspricht dem Rufe des Verlegers. *Jessner-Königsberg i.Pr.*

The recrudescence of Leprosy and its causation, von William Tebb. (London, 1893. Swan, Sonnenschein & Co.) Fas est et ab hoste discere! In diesem umfangreichen Buche von über 400 Seiten hat Verfasser, offenbar selbst kein Arzt, alles zusammengestellt, was er in der medizinischen Litteratur, in der Tagespresse, in officiellen Berichten, Briefen, Gesprächen und durch eigene mehr oder weniger genaue Beobachtungen an Beweismitteln auffinden konnte für die Behauptung, dafs die in letzter Zeit bekannt gewordene stärkere Verbreitung der Lepra in erster Linie auf die allgemeinere Durchführung der Kuhpockenimpfung zurückzuführen sei. Wir haben also wenigstens den Vorteil, dafs wir hier in handlicher Form und in geschickt geordneter Übersicht alles Material beisammenhaben, das ein rabiater Impfgegner, dem reichliche Mufse und Geldmittel zu Gebote standen, durch Lektüre und auf Reisen hat sammeln können. Wir wollen keinen Augenblick leugnen, dafs die Möglichkeit der Übertragung von Krankheiten durch die Vaccination im allgemeinen und wohl auch der Lepra im speciellen durch authentische Beobachtungen sowohl von Laien als auch von Ärzten mehrfach bestätigt worden ist. Und es kann nur nützlich sein, wenn wiederholt, von welcher Seite dies auch sei, auf die vorhandenen Gefahren der Impfung und die Notwendigkeit sorgfältigster Handhabung derselben hingewiesen wird. Ganz entschieden und mit allem Nachdruck müssen aber die schmählichen Verdächtigungen des Herrn Tebb zurückgewiesen werden, als handelten die Ärzte in ihrem eigenen Interesse, wenn sie für zwangsweise Impfung plädieren. So hat erst neuerdings die Stadt Leicester in England, welche seit Jahren sich ohne Impfzwang blofs durch Isolierung aller vorkommenden Fälle und Desinfektion zu schützen suchte, beim Eintritt einer wirklichen Epidemie von Variola diese Methode als durchaus unzureichend aufgegeben und greift zur Impfung zurück. Die scheinbaren Erfolge, auf die Tebb in seinem Buche so erhaben hinweist, hielten einer gründlichen Prüfung eben nicht stand. Auch sind bereits noch andere Behauptungen des Verfassers über Äufserungen einiger Ärzte von diesen im *Journal der Leprosy investigation Committee* (vide Referate Bd. XVI. S. 39) als entstellt bezeichnet und richtiggestellt worden. Kurz, man mufs gestehen, obwohl das Werk mit Rücksicht auf das Publikum und durch geschickte Mache wohl einen äufserlichen Erfolg erzielen dürfte, so ist es jedenfalls nicht dazu geeignet, der Erforschung der Wahrheit wesentliche Dienste zu leisten. *Philippi-Nieheim.*

Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, von A. Blaschko. (S. Karger, Berlin 1893.) Est ist ein zweifelloses Verdienst

Blaschkos, die Frage der Prophylaxe der Verbreitung venerischer Krankheiten in Flufs gebracht zu haben. Mit seltener Rührigkeit ist er seit Jahr und Tag bemüht, in Wort und Schrift das Thema zu erörtern und die Verbreitung seiner Ansichten zu fördern.

In dem vorliegenden Buche hat nun Blaschko alles, was er über die Frage gesprochen und geschrieben, in erweiterter Form zusammengefafst, wobei er den Ton allerdings insofern geändert, als er sich nicht ausschliefslich an Ärzte, sondern an das gebildete Publikum überhaupt wendet. Mit Rücksicht auf diesen Teil der Leser schickt er auch eine orientierende Übersicht über Verlauf und Prognose der Geschlechtskrankheiten voraus. — Ohne auf den gesamten Inhalt des Werkes näher eingehen zu wollen, da aus meinen Referaten in *dieser Zeitschrift* die Ansichten des Verfassers den Lesern genügend bekannt sind, will ich nur zwei Punkte hervorheben, in denen Blaschko nicht ohne Gegner ist. Der erste ist die Bordellfrage. Blaschko ist ein eifriger Gegner der Bordelle, da er auf Grund seiner Statistik nachweist, dafs die Bordelldirnen viel häufiger inficiert sind und inficieren.

Ich habe in einem Artikel *dieser Zeitschrift* mich bemüht, zu beweisen, dafs diese Gegnerschaft nicht berechtigt ist. Selbst wenn die Zahlen richtig sind, beweisen sie niemals, dafs die Bordelle gefährlicher sind, als die freie Prostitution, sondern nur, dafs die bisherige Art der Kontrolle eine ungenügende ist. Ich mufs dabei bleiben, dafs der „gesunde Menschenverstand" es nicht begreifen kann, dafs die internierten Bordelldirnen nicht leichter zu kontrollieren sein sollten, als die freien Prostituierten. Ich habe darauf hingewiesen, wie man umgekehrt aus der Blaschkoschen Statistik auch den Schlufs ziehen kann, dafs die Bordelldirnen relativ, d. h. im Verhältnis zu ihren geschlechtlichen Leistungen, sich seltener inficieren, als die freien Prostituierten. Nun sagt Blaschko mit etwas Ironie, es ist ja recht brav von den Bordelldirnen, dafs sie sich verhältnismäfsig seltener inficieren, dadurch ist aber doch die Thatsache, dafs sie infolge gröfserer Inanspruchnahme für die Männer absolut gefährlicher sind, in keiner Weise aus der Welt geschafft. Ja, gewifs! Aber hier ist gerade der Punkt, wo eine bessere, täglich auszuführende und ausführbare Kontrolle einzugreifen hat. Kann diese dann auch nicht jede Infektion verhindern, so kann sie doch den meisten vorbeugen, zumal wenn die Besucher durch Plakate auf die nötigen Vorsichtsmafsregeln hingewiesen werden. Die fakultativen Bordelle sind nicht a limine abzuweisen. — Der zweite Punkt, in dem Blaschko von vielen Autoren abweicht, ist die Unterschätzung der Bedeutung der geheimen Prostitution. Mag diese auch schwer fafsbar sein, so ist sie doch nicht gering anzuschlagen. Thatsächlich sind die meisten „Verhältnisse" der jungen und alten Leute in Berlin nichts mehr als Prostituierte, denn dem Ausspruche „Variatio delectat" huldigen sie fast alle.

Mag man nun auch in einzelnen Punkten von dem Verfasser abweichen, so thut das der Wertschätzung der ganzen, interessant geschriebenen, vieles Beherzigenswerte enthaltenden, lesenswerten Arbeit keinen Abbruch. Die Wiedergabe der verschiedenen Reglements, Polizeivorschriften, Thesen etc. im Anhange ist geeignet, den Wert des Buches zu erhöhen. *Jessner-Königsberg. i Pr.*

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Ärzte und Studierende, von Moritz Kaposi, 4. Auflage, 2. Hälfte. (Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig 1893.) Der zweite Teil des berühmten Kaposischen Werkes schliefst sich dem ersten, die ganze neue Auflage den früheren würdig an. Es ist ein Genufs, dieses Lehrbuch, welches zweifellos unter allen vorhandenen die erste Stelle einnimmt, immer wieder zu lesen; klare, schöne Sprache und gründliche Wissenschaft findet man in schönster Harmonie vereint. Aus jedem Satze spricht die grofse Erfahrung des über das schönste Krankenmaterial verfügenden Klinikers, des

selbständigen Forschers und des ausgezeichneten Lehrers. Dafs die nötige Dosis Skepsis gegenüber manchem Neuen beigemengt ist, mufs sicher in die Reihe der grofsen Vorzüge eingereiht werden, wenn es auch manchmal zu einem etwas starren Festhalten an alten Ansichten gegenüber den meisten anderen Dermatologen führt. So erkennt Kaposi noch immer nicht die Pityriasis rubra pilaris (Devergie) als selbständiges Leiden an, sieht in ihr nur eine mildere Form des Lichen ruber acuminatus, trotzdem Kliniker und Histologen manche Differenz festgestellt haben. Die Mycosis fungoides fand Kaposi als eine Hautsarkomatose, die mittlerweile ein sehr dehnbarer Begriff geworden ist; wahrscheinlich handelt es sich hier um eine granulierende Entzündung. Dafs Kaposi nach wie vor zu den Unitariern gehört, ist ja bekannt, wenn auch wohl vielen schwer erklärlich. Mag man aber auch nicht jeder Ansicht des Verfassers beistimmen, dem ganzen Werke thut das keinen Abbruch, es bleibt ein Meisterwerk, eine Fundgrube für jeden Lernenden und Lehrenden. Die Ausstattung ist eine vorzügliche und die farbige Wiedergabe einzelner mikroskopischer Abbildungen geradezu einzig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die dermatologische und syphilidologische Praxis an den Pariser Hospitälern, von Lefert (Paris 1893 bei Baillière & fils.) Das Bändchen enthält auf 280 Seiten in 16° ohne weitere Kritik der einzelnen Methoden eine Sammlung von über 500 Recepten und Vorschriften, wie sie in den „Consultations" der verschiedenen französischen Autoritäten von St.-Louis etc. bei den meisten und wichtigsten Dermatosen zur Anwendung kommen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz.)*

Behandlung der Syphilis, von Prof. A. Fournier (Paris, bei Rueff & Co., 1893). Das Werk bildet das Resultat 32jähriger unausgesetzter Forschung auf dem Gebiete dieser Affektion. In demselben trägt uns der berühmte Verfasser, Schüler Ricords und Repräsentant der französischen Syphilidologie, seine wertvollen Erfahrungen und Ratschläge gesammelt vor, nachdem er uns im Laufe der Jahre durch seine zahlreichen Publikationen mit den einzelnen derselben bekannt gemacht hat. Aus letzterem Grunde und weil das Buch in der Bibliothek keines Specialisten fehlen darf, kann hier von der Besprechung der einzelnen Abschnitte abgesehen werden.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Erblichkeit, von Charrin und Gley. (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 29. Oktober 1892.)

Untersuchungen über die hereditäre Übertragung der Immunität, von Charrin und Gley. (*Archives de physiologie.* 1893. No. 1.) Mit Pyocyaneus geimpfte Kaninchen abortieren oder bringen schlecht gedeihende Junge zur Welt; durch gute Versorgung gelingt es aber auch, gut ausgebildete Junge zu erhalten, die dann gegen Pyocyaneus immun sind. Von fünf solchen Tieren starben zwei gleichzeitig mit den Kontrolltieren, eins 14 Tage später, zwei blieben am Leben. Die Immunität war nicht vorhanden, wenn nur die Mütter immun sind; ob Immunität des Vaters allein genügt, ist fraglich. Sowohl durch abgeschwächte Kulturen, wie durch Toxine des Pyocyaneus immunisierte Tiere konnten immune Nachkommen erzeugen.

Zur Erklärung der Vererbung der Immunität gehen die Verfasser von dem Satze aus, dafs die Vererbung an die Zellen gebunden ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In seinem klinischen Schlufsvortrage (Semester 1891—92) referierte Maragliano-Genua (*Rif. med.* 1893. No. 148) unter anderem **über die baktericide Wirkung des menschlichen Blutserums.** Zu den Experimenten wurde Serum von Gesunden sowie von an verschiedenen Affektionen (Typhus, Erysipel, Milzbrand) Leidenden verwendet. Es zeigte sich dabei, dafs in physiologischem Serum Typhusbacillen in 2½—6 Stunden, Cholerabacillen in 2—3 Stunden zu Grunde gingen; auf den Milzbrandbacillus übte es sehr geringen Einflufs aus, und der Erysipelcoccus gedieh in demselben sehr üppig. In erysipelatösem Serum vermehrte er sich noch intensiver.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Entzündung, von Guido Schrakamp. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1892.)

Wo steckt das erste Glied der Entzündung?, von G. Schrakamp. (*Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.* 131. Band. 1893.) Ausgehend von der Wirkungsweise des Tuberkulins ist Verfasser zu eigenen Ansichten über das Wesen der Entzündung gekommen, die in den beiden Arbeiten niedergelegt sind und durch ihre stellenweise originelle Ausführung interessieren, ohne dafs man dieselben deshalb als zweifellos hinstellen könnte. Er verwirft die Auffassungen von Cohnheim und Samuel, will weder den Gefäfsen, noch den Parenchymzellen die Hauptrolle zuschreiben, sondern verlegt den primären Vorgang in das Bindegewebskörperchen. Eine aktive Thätigkeit ihres Protoplasmas, in dem Kugeligwerden derselben sich äufsernd, das ist das Wesen der Entzündung. Und zwar ist dabei kein formativer oder nutritiver Reiz von Bedeutung, sondern es handelt sich um eine einfache Funktion, die Verfasser in Parallele stellt mit der Muskelkontraktion bei elektrischen Reizen. Die veränderte Form der Bindegewebskörperchen bewirkt Kompression der Gefäfse, Verlangsamung des Blutstromes, Randstellung der Blutkörperchen, Verlegung der Saftkanäle etc. — An der Hand dieses Gedankens baut Verfasser sich seine etwas mystische Theorie von der Tuberkulinwirkung auf. Er sieht in der Entzündung einen heilsamen Vorgang, eine Funktion des Protoplasmas zur Abwendung eines Reizes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Heilungsvorgänge an Schnittwunden der Haut, von O. Busse. (Dissert. Greifswald, 1892.) Verfasser fafst das Resultat seiner eigenen Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Verklebung der Wundränder findet nicht durch ein Exsudat, sondern direkt durch Verklebung der Wundränder statt. Das fibrinähnliche Maschenwerk, welches die Verklebung bewirkt, entsteht aus Umwandlung und Aufquellung des Cutisgewebes.

2. Die sogenannte kleinzellige Infiltration kommt durch eine Rückbildung der Grundsubstanz zu Kernen und Zellen, nicht durch eine Emigration von Leukocyten aus dem Blute zu stande. An der Bildung dieser Zellen beteiligen sich sowohl die elastischen Fasern, als auch die leimgebenden Faserbündel.

3. Ein Teil dieser den Leukocyten ähnlichen Elemente sind Kerne, in denen die Chromatinsubstanz in dieser eigenartigen Weise angeordnet ist. Alle diese Elemente sind einer weiteren Entwickelung fähig und können an der schliefslichen Narbenbildung teilnehmen.

4. An der Heilung beteiligen sich auch die Gefäfsendothelien um die Bindegewebskörperchen, mögen diese nun wirkliche Zellen oder protoplasmalose, in der Grundsubstanz liegende Kerne sein, indem sie sich durch indirekte Kernteilung ver-

mehren. Zur Mitosenbildung kommt es vor Ende des zweiten Tages nach der Verletzung nicht.

5. Die Bildung der Grundsubstanz in der Narbe wird nicht durch eine Ausscheidung der Zellen, sondern durch direkte Umwandlung derselben in Faserbündel bewirkt. *C. Berliner-Aachen.*

Über Ischämie, von M. Weiss. (*Prager med. Wochenschr.* 1893. No. 22.) Ischämie ist örtliche Anämie, hervorgerufen durch örtliche Hemmung des Blutzuflusses (Virchow) im Gegensatz zu dem durch allgemeine Verminderung der Blutmenge oder der wichtigsten Blutbestandteile bewirkten örtlichen Blutmangel. — Die Ursachen der Ischämie sind Sperrung oder erhebliche Verengerung der Arterie (Embolie, Thromben, Atherom, Endarteriitis obliterans, Neoplasmen, Narbenzug, Bindendruck, spastische Kontraktion). Die letztgenannte, spastische Ischämie entsteht reflektorisch durch psychische Erregung und Reizung sensibler Fasern, durch Erregung des vasomotorischen Centrums oder durch direkte Einwirkung auf die Gefäfsganglien, resp. die Arterienmuskelfasern. So bewirken Furcht und Schrecken, lokale Kälteeinwirkung (besonders bei Anämischen), Hemicrania angiospastica, Raynaudsche Krankheit etc. Ischämie. Die Symptome sind um so deutlicher, je schneller und vollständiger die Verengerung eintritt. Blässe und Kälte, Krampf der M. M. arrectores pilorum sind die ersten Folgen, sodann Störung der Nerven, Drüsen und Muskelthätigkeit. Wo sich nicht der Kollateralkreislauf bald entwickelt, ist lokaler Tod die Folge; auch wenn dieser nicht eintritt, können nach längerem Bestehen der Ischämie schwere nutritive und funktionelle Störungen zurückbleiben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall extremer Dehnbarkeit der Haut am Ellenbogen berichtet Virchow in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte am 15. Oktober 1892. Die zugesandten Photogramme (von Dr. Rudolf Franz) zeigen die aufserordentliche Dehnbarkeit der Ellenbogenhaut bei einem 16jährigen Schlosser. Stöfse, gefolgt von wiederholten Schleimbeutelentzündungen, sollen die Veranlassung zu der Anomalie gegeben haben. Virchow betont mit Recht, dafs die Dehnbarkeit eine vermehrte Elasticität der Haut bedeutet, da die gedehnte Haut ja die Fähigkeit besitzt, auf das frühere Mafs zurückzukehren. Es müssen also die elastischen Elemente vermehrt sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Arrosionsblutungen, von A. Neetzke. (Dissert. Greifswald 1892.) Verfasser spricht über die Blutungen im allgemeinen, über die Einteilung derselben in arterielle, venöse und parenchymatöse oder nach ihren Ursachen in äufsere und innere oder in traumatische und spontane Blutungen. Als Arrosionsblutungen sieht Verfasser diejenigen Fälle an, wo die Gefäfswand durch eine aufserhalb des Gefäfses sich befindliche Gewalt, sei es Eiter, sei es Fremdkörper, allmählich von aufsen nach innen zum Schwund und schliefslich zur Ruptur geführt wird. Bei der Einteilung der Blutungen könnte man die Arrosionsblutungen zwischen den traumatischen und spontanen aufzählen. Im folgenden werden die Arrosionsblutungen bei Abscessen besprochen. Der Eiter besitzt die Eigenschaft, eine Gefäfswand an einer Stelle von aufsen nach innen zu ergreifen, stetig zu verdünnen, endlich zu perforieren, resp. zu arrodieren. Besonders ist es der stagnirende Eiter tuberkulös erkrankter Teile, dem dieser offensive Charakter zukommt. Ähnlich wie bei den Abscessen, verhält es sich mit den Blutungen bei Ulcerationen fortschreitender Gangrän etc. Meistens geht der Arrosion der Gefäfswand Blutgerinnung und Thrombenbildung voran.

Arrosionsblutungen können aber auch durch aufserhalb des Gefäfsrohres befindliche, allmählich auf die Gefäfswand einwirkende Fremdkörper herbeigeführt werden. Als Fremdkörper sind nicht nur beispielsweise Gewehrkugeln, Messerklingen, Glas-

stücke etc. anzusehen, sondern auch unter anderen Gallen-, Nieren-, Blasensteine, nekrotische Knochenstücke, harte Kotballen, ja auch Knochenbildungen an Stellen, wo sie normalerweise im menschlichen Körper nicht vorkommen.

Verfasser führt im folgenden die Arrosionsblutungen durch Fremdkörper weiter aus und beschreibt einen Fall aus Professor Helferichs Klinik.

C. Berliner-Aachen.

Hautausschläge und psychische Störungen, von Boleslaus von Broekere. (Dissertat. Greifswald 1892.) Verfasser bespricht einleitend das Verhältnis der organischen Ergasien, die sich als Kinesie, Ekkrisie und Trophie — Bewegung, Sekretion und Ernährung — kundgeben, zu den psychischen Störungen. Am häufigsten kommen die geistigen Spannkräfte als Kinesien sichtbar zur Lösung. Die Wut kommt in Faustschlägen, der Zorn im Beifsen der Lippen, Knirschen der Zähne etc. zum Durchbruch. Bei Epileptikern kommen Hyperkinesien in Form von Krampfanfällen, bei Melancholikern in Form von Tobsuchtsanfällen zum Vorschein. Zuweilen kann vikariirend für die Kinesie die Ekkrisie (Sekretion) eintreten. Beispielsweise befreit ein plötzlicher, ergiebiger Schweifsausbruch zuweilen den Epileptiker vor einem Krampfanfalle etc.

Manche Hypertrophien der Haut, Haare, Nägel, stärkere Pigmentierung sind auf eine gesteigerte Ernährung infolge gesteigerter Erregbarkeit zurückzuführen, wie umgekehrt gewisse atrophische Zustände der Haut und Haare und verminderte Pigmentierung derselben in einer verminderten Ernährung infolge herabgesetzter oder aufgehobener Erregbarkeit ihre Ursache haben. So wurde beispielsweise bei einer Idiotin, während dieselbe sich im erregten Zustande befand, das Haar goldrötlich, und wenn sie in den stuporösen Zustand verfiel, gelblichblond.

Bei Geisteskranken ist die Haut weniger widerstandsfähig, weshalb bei denselben leicht Decubitus, Akne-, Furunkel- und Karbunkelbildung auftritt.

Verfasser erörtert das Verhältnis von Psychosen zu einzelnen Hautaffektionen, wie Erysipelas, Pityriasis, Psoriasis, Roseola, Urticaria, Erythema, Lichen, Herpes zoster, Pemphigus, Eccema u. a. und bringt kasuistisches Material bei.

C. Berliner-Aachen.

Persistente Stigmata infolge von Hautkrankheiten, von J. N. Hyde. (*Med. News.* 18. März 1893.) Unter dieser Bezeichnung bespricht Verfasser in ausführlicher und interessanter Weise die permanenten Veränderungen, welche als Überreste und Kennzeichen überstandener Hautkrankheiten zurückzubleiben pflegen. In erster Linie kommen hier die syphilitischen Narben in Betracht, auf deren klinische Erscheinungen und Unterschiedsmerkmale gegenüber anderen Narben Verfasser mit einer anschaulichen Darlegung eingeht. Ihren grofsen diagnostischen Wert illustriert er an sieben im Umrifs mitgeteilten Krankengeschichten von Fällen, bei denen ganz späte Manifestationen von Syphilis erst durch die Entdeckung von charakteristischen Narben richtig gedeutet wurden. Es waren von den namhaften behandelnden Ärzten verwechselt worden: ein retrosternales Gumma mit Pleuritis, Gelenksyphilis mit Arthritis deformans, Ulceration der Oberlippe mit Epitheliom, Gumma der Mamma mit Carcinom; ferner war ein Fall als Lupus diagnosticiert worden, und der letzte wurde in moribundem Zustande ohne Diagnose gesehen. Bei allen führte die Einleitung einer geeigneten Therapie einen günstigen Erfolg herbei.

Ferner schildert Verfasser die unterscheidenden Kennzeichen der Überbleibsel von Herpes zoster, vom äufserst seltenen Herpes des Trigeminus, von Variola, renitenter Acne facialis, Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Ulcus varicosum, sowie Morphoea oder Scleroderma circumscriptum, Striae gravidarum und Vitiligo. — Man

kann H. nur beipflichten, wenn er meint, dafs dieser ebenso wichtigen wie interessanten Frage im allgemeinen viel zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Philippi-Nieheim.

Über Liebreichs Nachweis von Lanolin-, resp. von Cholestearinfetten, von L. Spiegel. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 23.) Verfasser wendet sich gegen die Santische Arbeit, welche in diesen Blättern publiciert ist und die Ergebnisse der Liebreichschen Untersuchung über das Vorkommen des Lanolins in der menschlichen Haut zu widerlegen suchte. Die Behauptung Santis, dafs Cholestearin mit Essigsäureanhydrid und koncentrierter Schwefelsäure nicht dieselbe Reaktion gebe wie Lanolin, für letzteres grün, für ersteres blau charakteristisch sei, ist unrichtig und auf falsche Beobachtungen basiert. Die blaue Farbe beim Cholestearin geht, falls nicht zu grofse Mengen angewendet worden, auch in Grün über. Ebenso unrichtig sind die Ansichten Santis über die Liebreichschen Lanolinbefunde in menschlichen Geweben. Der Versuch Santis, in dem er nach Verseifung der Glycerinfette des Hautextraktes im Rückstande kein Lanolin, sondern nur Cholestearin feststellen konnte, ist absolut nicht beweisend, da Lanolin erstens zum Teil auch verseift wird, zum Teil in Seifenlösungen selbst löslich ist. — Die Widerlegungen des Verfassers mögen richtig sein, hätten aber wohl in einem weniger scharf ironisierenden, polemischen Tone gehalten werden können, der lebhaft an politische Auseinandersetzungen erinnert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Balneologisches, von Amsler-Schinznach. (*Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1893. No. 43.) — Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die Benutzung von Thermen (speciell der Schwefelthermen) und die Theorien über deren Wirkung bespricht Verfasser die Wichtigkeit des Schwefels als Eiweifskomponenten sowohl in Bezug auf die allgemeine Ernährung als hinsichtlich gewisser Krankheiten, speciell der Dermatosen. Der Schwefel vereinigt sich mit dem Wasser in der Art, dafs H_2S entsteht, dieses spaltet sich wieder durch oxydierende Einflüsse in H_2O und S, wobei auch O frei wird und von den Zellen aufgenommen und verbraucht wird. Danach spielt also der Schwefel bei der Oxydation des Eiweifses eine wichtige Rolle und steigert, auch in kleinen Mengen in den Organismus eingeführt, die Thätigkeit des Zellprotoplasmas und damit des ganzen Körpers. Als besonders empfindlich für die Wirkung des Schwefels gelten die Haut, die Schleimhäute und die Drüsen.

Unter dem Einflusse des Schwefels hebt sich die Lebensthätigkeit chronisch erkrankter Organe und befähigt sie einerseits, arzneilich wirkende Substanzen zweckentsprechend zu verwerten, andererseits schädlich wirkende Materien auszuscheiden, Infiltrate und Exsudate zur Resorption zu bringen. Treten zu dieser Wirkung des Schwefels noch andere Faktoren, wie Luft, Nahrung, Bewegung, Bäder, Elektricität, hinzu um so günstiger wird der Organismus unter dieser Summation beeinflufst.

Hinsichtlich der Dauer des Bades ist A. der Ansicht, dafs „der Körper so lange den günstigen Potenzen ausgesetzt werden solle, als es der individuelle Kräftezustand erlaubt".

(Ohne im entferntesten die heilsame Wirkung der Schwefelthermen in ihrer innerlichen und äufserlichen Applikation bestreiten zu wollen, dürfte denn doch der Mechanismus der Absorption ein viel komplicierterer sein, als er von A. dargestellt wird. Unter keinen Umständen aber darf, was Verfasser anzunehmen geneigt scheint, gefolgert werden, dafs die Absorption und Verwendung des Schwefels in direkter Proportion stehe mit der in den Organismus eingeführten Menge.

Was ferner speciell den Einflus des Schwefels bei Dermatosen anbelangt, so dürfte derselbe wahrscheinlich zum gröfsten Teile auf Rechnung seiner parasiticiden Eigenschaften geschrieben werden. D. Ref.). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pharmakologisches.

Über die verschiedenen Vehikel, speciell das Epidermin, in der Dermotherapie, von COLOMBINI. (*Comment. clin. d. mal. cut. e gen.-urin.* 1893. No. 1—4.) Verfasser giebt eine Übersicht der zahlreichen Vehikel, vom Schweinefett bis zu den UNNAschen Pflaster-Salbenmullen, mit ihren Vorzügen und Nachteilen. Er verbreitet sich dann ausführlicher über das Epidermin. (S. *diese Zeitschr.* Bd. XIV.) Als besondere Vorteile rühmt er seine Elasticität und seine Eigenschaft als schützende Decke gegen Luft, Staub etc., seine Reizlosigkeit, Leichtigkeit der Entfernung, seine vorzügliche Mischbarkeit mit allen möglichen Präparaten. Als vorteilhafte Zusammensetzung hat sich ihm bewährt:

Cerae albae 50,0
Gummi arab. pulv. 50,0,

in der Wärme in einem Mörser gut zu verreiben bis zur Gewinnung einer homogenen Pasta; dann Hinzufügen von

Aquae 50,0
Glycerin 50,0

bis zum Erkalten zu mischen.

Zu dieser Grundmasse kommen dann die verschiedenen Topica.

Als Grundmasse, ohne Zusatz von Medikamenten, verwendet, hat es ihm sehr gute Dienste geleistet bei Erythemen, speciell dem Erythema nodosum, bei Verbrennungen leichteren Grades, Frostbeulen. Ebenso vorteilhaft gestaltete sich seine Applikation unter Zusatz von Medikamenten bei den verschiedenen Dermatosen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Nachweis von Arzneimitteln im Harn, von W. BRÄUTIGAM. (*Pharmaceut. Centralhalle.* 1893. No. 27.) Es ist ein sehr dankenswertes Unternehmen, dafs der Verfasser in einer grofsen Tabelle die Methoden znm Nachweis von 34 Medikamenten im Urin zusammenstellt, da es oft schwierig ist, aus der Litteratur sich die nötigen Angaben zusammenzusuchen. Diejenigen Arzneimittel, bei deren Nachweis Verwechselungen vorkommen können, sind nebeneinandergestellt; ein Inhaltsverzeichnis erleichtert die Orientierung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Arzneipflaster, von JOHN V. SHOEMAKER. (*The Journ. Am. med. Ass.* Mai 1893. *Therap. Blätter.* 1893. No. 6.) Pflaster schützen die Flächen gegen die Mikrobien, verhüten Mischinfektionen, hemmen beginnende Entzündungen. Sie schützen gegen mechanische Einflüsse, sind anwendbar, wo Pulver, Flüssigkeiten, Salben schwer applicierbar sind; sie sind besonders vorteilhaft bei Fissuren. Mit geeigneten Mitteln wirken sie schmerzstillend, sie üben eine Kompression aus und regen die Resorption an. Die Pflastermasse SHOEMAKERS besteht aus 50 Kautschuk, 5 Honig, 45 Seifenpflaster. Von seltener gebrauchten Pflastern wendet man:

Anthrarobin (25:75) bei chronischem Ekzem, Psoriasis, Akne, Lues, Skrophulose.

Antimon (10%) bei inveteriertem Ekzem, Akne, Chloasma, Keloid.

Alaun (20%), Secale (10%), Hemlock (20%) und Hydrarg. praecipitat. alb. (30%) bei Carcinom, Lupus, Scrophuloderma, Lymphadenitis, Hyper- und Bromidrosis. Hemlock ist ein Extrakt der Eichenrinde.

Belladonna (30%), Acid. boric. (20%) bei Herpes zoster, Neuralgie, Hyperästhesie, Pruritus, subakutem und chronischem Ekzem, lokaler Hyperidrosis, Herpes tonsurans, Favus, Mastitis.

Kampfer (5%) und Opium (5%) mit Zusatz von 5% Olivenöl bei Dermatitis, Congelatio, Decubitus.

Chrysarobin (35%); Hydrastin (30%); Jodol, Blei, Zink, Zinkoxyd (40%) mit Kampfer (5%), Phytolacca (20%) und Belladonna (20%), Wismutjodid (30%, Schwefel (30%) und Kamillen (10%) u. s. w.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Therapeutische Mitteilungen, von Dr. E. Stern in Mannheim. (*Therap. Monatsh.* No. 7.) Es ist ratsam, beim Verordnen von Salben genau dem Apotheker vorzuschreiben, ob er die verschriebene Substanz zuerst auflösen oder nur direkt mit dem Salben-Constituens verreiben soll; denn durch Auflösungen, die die Haut manchmal reizen, kann es geschehen, dafs man von den verordneten Salben nicht die günstigen Wirkungen sieht. Man verordne daher:

1. *Acid. boric. subt.* pulv. 10,0
   Tere exact. direkt c.
   Vaselin. flav. 90,0
2. *Acid. salicyl. subt.* pulv. 2,0
   Tere exact. direkt c.
   Vaselin. flav. 48,0
   Adde:
   Lanolin. 50,0
3. *Acid. boric. subt.* pulv. 10,0
   Tere exact. direkt c.
   Vaselin. flav.
   Lanolin. ää 20,0
   Adde:
   Empl. Litharg. simpl. 50,0
   Leni igne liquefact.
   Mf. Unguent. usque ad refrigerat. agitand.
4. *Resorcin. resublim.* 5,0
   Tere c. Aq. pauxill.
   Adde:
   Lanolin. 45,0
   Vaselin. flav. 50,0

Hg kann mit gleichen Teilen Vaselin verrieben werden, doch genügt eine 33⅓% Vaselinsalbe, welche sowohl bei Primäraffekten als bei Spätprodukten der Syphilis angewandt werden kann. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die therapeutische Wirkung des Thiols in der Behandlung der Hautkrankheiten, von T. N. Mc. Laughin. (Med. Gesellschaft des Columbia-Distrikts den 1. Februar 1893, ref. *Allg. med. Centr.-Zeit.* 1893. No. 55.) Verfasser hat das Thiol bei einer Reihe von Hautleiden, Ekzem, Intertrigo, Acne rosacea, Herpes zoster, Furunkel, Karbunkel etc. als trockenes Pulver, als 20—25% Lösung und als 12—25% Salbe mit bestem Erfolge angewendet. Er schreibt ihm gegenüber dem Ichthyol folgende Vorzüge zu: es ist geruchlos, reizt nicht, kann leicht entfernt werden, hinterläfst keine Flecke. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Für die bessere Praxis empfiehlt A. Fournier, das **Jodkalium** in folgender Formel zu verschreiben. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 182):

Syr. spl.	350,0
Anisette de Bordeaux	150,0
Kalii jodati	25,0.

Ein Eſslöffel dieser Mischung enthält 1,0 Jodkalium. Am besten unmittelbar vorm Essen zu nehmen. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Copaivabalsams, von Franz Martens. (Dissertation. Greifswald 1892.) Verfasser wirft einen historischen Rückblick auf die Litteratur über die Wirksamkeit und die therapeutische Verwendung des Copaivabalsams.

Nicht nur bei chronischen Katarrhen der Blase und Harnröhre, beim Tripper, sondern auch bei chronischen Katarrhen der Bronchien, bei Emphysem, Bronchiektasie, Lungenblutungen wird das Mittel mit Erfolg benutzt. Es findet Verwendung als Diureticum bei Ascites, wofür Verfasser mehrere Beispiele anführt.

Er teilt im folgenden die Resultate der Versuche mit, welche er mit fortgesetzter Aufnahme einer geringen Dosis einer 1%igen alkoholischen Lösung von Copaivabalsam an sich selbst und an einem Kommilitonen angestellt hat.

Aus den Versuchen geht hervor: Der Copaivabalsam, in kleinen Dosen längere Zeit hindurch genommen, regt in den ersten Tagen die Darmperistaltik an; es erfolgen wässerige Stuhlentleerungen. Am dritten bis vierten Tage tritt eine Gewöhnung an das Mittel ein: die Stuhlentleerungen werden regelmäfsig. In den ersten Tagen ist die Harnsekretion vermindert, wahrscheinlich infolge des Wasserverlustes bei den häufigen Stuhlentleerungen. Sobald diese regelmäfsig werden, steigert sich auch die tägliche Harnmenge. *C. Berliner-Aachen.*

Über die äufserliche Anwendung des Schwefels, von Heinrich Paschkis. (*Therapeutische Blätter* 1893. No. 5.) Bei der inneren Darreichung des Schwefels nimmt man an, dafs er als Schwefelalkali wirkt. Äufserlich übt er nach Husemann in Substanz wegen seiner Unlöslichkeit keinen erkennbaren Einfluſs aus.

Nothnagel-Rossbach nehmen Freiwerden von Schwefelwasserstoff unter Einfluſs von Fett und Wärme an.

Nach Pohl löst sich in einer 5,6%igen Lösung von kohlensaurem Natron bei 100° 0,06775 Schwefel; nach Klever löst Glycerin 0,1% Schwefel. Warmer Alkohol löst erhebliche, später auskrystallisierende Schwefelmengen, wasserfreies Lanolin unter 180° wenigstens 3% Schwefel. Nach Verfasser löst 5—10%ige Sodalösung nichts, dagegen Kalilauge ziemlich leicht Schwefel. In einer Mischung von Propion- und Buttersäure lösen sich schon bei Zimmertemperatur geringe Mengen, bei 35—40° C. 0,13—0,18%; es ist dieses für die Beeinflussung des Schwefels durch die Hautsekrete von Wichtigkeit. — Die Schwefelwasserstoffentwickelung hat wenig Bedeutung, da sie auf gereinigter Haut nicht eintritt, wie Verfasser an sich erprobt hat; es kann also auch nicht die Umwandlung des Schwefelwasserstoffes in Schwefelalkalien stattfinden, wie sie manche annehmen. Die Wirkung des Schwefels mit Alkalien, Seifen etc. ist auch mehr eine Alkaliwirkung, als eine Schwefelwirkung. Verfasser glaubt deshalb, dafs letztere durch den Schwefel als solchen hervorgerufen wird, wobei das Sekret der Talg- und Schweifsdrüsen ihn lösen. Für die Praxis folgert er daraus, dafs die Schwefelalkalien nicht ohne weiteres dem Schwefel zu substituieren sind. Am besten ist es, den Schwefel in Substanz in feinster Verteilung oder als Lösung, womöglich in Seifen, zu ordinieren. Die üblichen Schüttelmixturen sind weniger vorteilhaft. Ein guter Kunstgriff ist es, zu dickflüssigen Seifen (z. B. von Gude) 2—3 Volumina Schwefelkohlenstoff einzuführen, was ihrer Konsistenz und ihren sonstigen Eigenschaften keinen Abbruch thut. Im Schwefelkohlenstoff lösen sich 37,15—41,65% Schwefel, welcher dann auch in den Seifen gelöst bleibt. Als Lösungsmittel eignen sich auch Äther, der bei 23,5° 0,97%, Chloroform, der bei 22° 1,25% löst. Benzol und Toluol kommen auch in Betracht, die 0,17—1,48% lösen. Bei trockener Haut, wo es sich um Einwirkung auf die Talgdrüsen handelt, waren diese Lösungsmittel zweckmäfsig. Auch Steinkohlenteeröle würden passen. Salben

mit Lanolin, vielleicht mit Leinöl, welches bei 25° nach J. Pohl 0,63% Schwefel löst, kommen in Frage. Verfasser setzt die Versuche fort.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der Académie de Médecine berichtete Berlioz über die Vorzüge des **Steresols.** Dasselbe besteht aus einer Auflösung von Gummilack, Benzoe und Tolubalsam in Alkohol mit Zusatz von Karbol oder Naphtol. Dieses Präparat haftet sehr gut sowohl auf der Haut, wie auf Schleimhäuten. Es besitzt bedeutende parasiticide Eigenschaften (das Karbol verdunstet darum erst nach 24 Stunden). B. hat sehr günstige Resultate zu verzeichnen gehabt bei Angina diphtheritica, Hallopeau bei tuberkulösen Geschwüren der Haut und der Zunge, Jullien bei alten ekzematösen Plaques und ekzematösen Ulcerationen. Überhaupt findet es überall da Anwendung, wo eine permanente Antisepsis einwirken soll und die Anlegung eines Verbandes nicht möglich ist. (*Progrès médical* 1893. No. 23.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die therapeutische Verwertbarkeit des Aristols auf Grund der bislang erschienenen Litteratur, von P. J. Eichhoff. (*Allg. med. Centralzeit.* 1893. No. 51 bis 53.) Verfasser, der das Aristol, wie er im Beginne zweimal hervorhebt, in die Therapie eingeführt hat, giebt zunächst eine Übersicht über die gesamte, nicht zu kleine Aristollitteratur. Die Zahl der Leiden, in denen dasselbe mit Erfolg angewendet worden, ist sehr grofs und umfafst fast die gesamte Dermatotherapie, wenn ich von den anderen Krankheiten, bei denen es wirksam gewesen sein soll, hier absehe. Nur bei Favus, Lichen ruber, Eccema seborrhoicum, Lupus vulgaris solidus, Lupus erythematodes und bei der Gonorrhoe hat es allen versagt. Den Umstand, dafs die wenigsten Autoren die von Eichhoff gepriesene Wirkung bei Psoriasis nicht bestätigt haben, erklärt er damit, dafs das Aristol seine Wirkung nur auf feuchter Haut entfaltet, da nur auf dieser die Abspaltung des Jods stattfindet. Die betreffenden Psoriatiker, die die Heilwirkung des Aristols nicht empfunden haben, haben wahrscheinlich eine sehr fettarme Haut gehabt. Dieser Ansicht entspricht nach dem Verfasser der Umstand, dafs nur der ulceröse Lupus auf Aristol reagiert. Tritt auch nicht gleich Heilung ein, so ist doch der Erfolg ein zufriedenstellender. Man soll also die Haut und Schleimhaut für das Aristol durch Anregung der Sekretion vorbereiten. Zum Schlufs hebt Eichhoff nochmals die Vorzüge des Aristols hervor, welches ungiftig, reizlos, schmerzstillend ist, die Vernarbung anregt, keinen üblen Geruch hat und daher meistens an Stelle des Jodoforms treten kann. Receptformeln beschliefsen den Bericht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Schmierseifen, von H. Salzmann. (*Apoth.-Zeit.* 1893. No. 25). Bei einer Prüfung verschiedener Schmierseifen fand Verfasser, dafs die Vorschriften des Arzneibuches nicht genügen, um wichtige Fälschungsmittel nachzuweisen. Als Füllungsmittel sind neben einer Menge bekannter Substanzen, Kartoffelmehl, Stärke, Leim, Kreide, Sand etc. auch Specialpräparate gebräuchlich, so die Füllungslauge, das Saponitin, das Savonit. Bei der üblichen Prüfung können Kali- und Natronlauge, Potasche, Soda und besonders Chlorkalium nicht nachgewiesen werden. Zur Wertschätzung einer Seife hält Verfasser die quantitative Bestimmung der Fettsäure für das Wichtigste, zu der er das Verfahren anwendet, das Fettsäurevolumen bei 35% zu messen und mit 0,890 zu multiplicieren. Die Fettsäure scheidet er durch Mineralsäuren aus. Auch die Bestimmung des kohlensauren und freien Alkalis ist wichtig, das sich zwischen 3 und 5% bewegen soll; er verwendet dazu das Aussalzverfahren, wegen dessen auf das Original verwiesen werden mufs. Um den Zusatz von Chlorkalium herauszufinden, kann man die nach Ausscheidung der Fettsäuren mit ver-

dünnter Schwefelsäure zurückbleibende Flüssigkeit verwenden. Zu allen Proben genügt es, 100 g Seife in 1 l Wasser zu lösen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Ichthyol und seine Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von E. Chatelain. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 169—175; S. 233—243; S. 275—298; S. 376—383.) Die ersten Zeilen dieser umfangreichen Arbeit sind der Geschichte und der chemischen Zusammensetzung des Ichthyols gewidmet. Es folgt eine Besprechung seiner verschiedenen physiologischen Eigenschaften, unter denen seine reduzierende und gefäfsverengernde Wirkung hervorgehoben wird. Ein besonderer Absatz befafst sich endlich mit seinen antiseptischen Fähigkeiten. Auch seine schmerzstillende Wirkung, sowie seine Wirkungsweise bei innerlicher Verwendung finden Erwähnung.

Da die Arbeit den Zweck verfolgt, das Ichthyol mehr als bisher in Frankreich einzubürgern, so beschränkt sich Verfasser darauf, aus der reichen, namentlich auch der deutschen Litteratur, alles Wissenswerte über das Mittel zusammenzustellen, und berichtet nur hin und wieder über die eigene, meistens bestätigende Erfahrung. Er ist weit davon entfernt, in dem Ichthyol ein Heilmittel für alle möglichen Hautleiden zu erblicken, bezeichnet vielmehr 6 Gruppen von Dermatosen, in denen seine Wirkungsweise eine anerkannt gute ist. Diese 6 Gruppen, in denen das Ichthyol teils als Antiphlogisticum — Akne, Frostwunden, Erysipel, Lymphangitis; — teils als Antisepticum — Dermatophytosen, teils als Analgeticum — Verbrennungen, Herpes zoster, teils als Adstringens — Eccema serosum, Hyperidrose, Seborrhoea oleosa, teils endlich mittelst seines starken Schwefelgehaltes — Seborrhoea sicca, Ichthyosis, Psoriasis — wirkt, werden der Reihe nach besprochen, wobei die Litteratur der verschiedenen Länder fleifsige Berücksichtigung finden.

Eine reichhaltige Zusammenstellung von Ichthyol-Formeln bildet den Schlufs der umfangreichen Arbeit. *Türkheim-Hamburg.*

Pichi (Fabiana imbricata) ein Mittel gegen Krankheiten der Harnorgane, von Dr. M. Friedländer. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 7.) Sechs veröffentlichte Krankengeschichten beweisen, dafs dem Extract. Pichi-Pichi fluidum dreimal täglich 1 Theelöffel mit etwas Zucker bei akuter Gonorrhoe und Cystitis eine günstige Beeinflussung nicht abzusprechen ist. Die Wirksamkeit des Mittels beruht wohl zweifellos auf dem starken Gehalte an Harzsäure und Tannin, während es vorläufig unentschieden bleiben mufs, ob seine reiz- und schmerzlindernde Wirkung mehr dem noch unerforschten Alkaloid zuzuschreiben ist oder der Harzsäure zukommt, welche bei einem Froschexperiment eine starke Narkose hervorrief. Selbstverständlich ist das Mittel nicht im stande, die direkte, lokale Behandlung, wie Injektionen oder Ausspülungen, zu ersetzen, wohl aber wird es in allen den Fällen gute Dienste leisten, in welchen die lokale Behandlung, wie bei Gonorrhoe mit Epididymitis, unmöglich ist. Hier besitzt das Fluid den Vorzug, dafs es als Amarum und Aromaticum die Funktionen des Magens anregt, daher gerade indiciert ist bei Cystitis. *L. Hoffmann-Berlin*

Über die Wirkungen der Injektionen von Thiosinamin auf das Blut, von Maximilian Richter. Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Prof. Jarisch in Graz (*Wien. med. Woch.* 1893. No. 28.) Die Blutuntersuchungen nach den Injektionen mit Thiosinamin, die bei 19 Fällen (11 Lupus vulgaris, 2 Lupus erythematodes, 4 Ulcus curis, 2 Narbenstriktur der Urethra) in der von Hebra jun. vorgeschriebenen Weise ausgeführt wurden, ergaben: Unmittelbar nach der Injektion tritt eine Verminderung der Leukocyten, eine Leukolyse, ein, die jedoch sich bald ausgleicht oder sogar einer Leukocytose Platz macht. Der Hämaglobingehalt nimmt in der Regel zu.

Die Ergebnisse der Injektionen, die, wie die Blutuntersuchungen, tabellarisch illustriert sind, sind folgende: Zweifellose Reaktion trat nur fünfmal bei 4 unter 11 Lupuskranken auf; eine Resorption der Lupusknötchen wurde nicht beobachtet. In den übrigen Fällen war überhaupt keine Reaktion wahrnehmbar. In einem Falle von Dermatitis und Narbenbildung am Unterschenkel nach Ulcus cruris schien eine freiere Beweglichkeit des Fufses eingetreten zu sein. Einen Erfolg schien man bei Kornealnarben zu erzielen, da bei zwei Patienten die Sehschärfe erheblich zunahm.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Über die Ophthalmia leprosa, Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Ärzte, von W. Halanicki. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 23.) Auf Grund der Beobachtung von 41 Fällen von Ophthalmia leprosa zeichnet der Vortragende das Krankheitsbild. Die Augen sind bei $^2/_3$ bis $^3/_4$ aller Leprösen mehr oder weniger afficiert; stets sind beide Augen ergriffen, wenn auch in verschiedenem Grade. Einzelne Veränderungen mögen schon im Anfangsstadium auftreten; genauer den Zeitpunkt des Beginnes zu bestimmen, ist sehr schwierig, da man meistens nur auf die Angaben der Kranken angewiesen ist. Vornehmlich disponiert die Lepra tuberosa zu Augenaffektionen. Am häufigsten sind Liderkrankungen; zerfallen die Infiltrationen geschwürig, so können durch die folgende Narbenbildung Ectropium, Entropium, Blepharophimosis, Trichiasis entstehen. Paralyse des Musc. orbicularis palpebrar. kommt vor und kann in Ectropium des unteren Lides, Atrophie des Muskels und des Tarsus enden. Sehr selten ist die Conjunctiva leprös infiltriert. In einigen Fällen wurden kleine, runde, weifsgelbe, etwas konkave Flecke gefunden, die wenig sensibel waren, keine Infiltration zeigten. Die beschriebenen leprösen Knoten der Conjunctiva bulbi hält der Vortragende für episklerale Infiltrate, über denen die Konjunktiva beweglich ist. Die Sensibilität der Bindehaut war in einigen Fällen herabgesetzt. Die Veränderungen der Hornhaut sind am häufigsten beschrieben worden. Zwei Formen der Erkrankung werden unterschieden: die glatte Trübung und das knotige Infiltrat; erstere sitzt häufiger am oberen Rande, letztere am äufseren. Übergangsformen hat der Verfasser im Gegensatz zu Beekmann nicht gesehen. Chronischer Verlauf, das Fehlen subjektiver und objektiver Entzündungserscheinungen sind charakteristisch. Die glatte Trübung ist viel häufiger, 2—3 mal so häufig, als die Knotenbildung; sie besteht aus kleinen grauen Fleckchen und Strichen, die zentral vorrücken, konfluieren, anfangs nur die oberflächlichen Schichten betreffen. Der Ausgang dieser Trübungen scheint ein Leucoma totale zu sein; nach Beeckmann soll auch Resorption erfolgen können. Die knotige Infiltration der Hornhaut entsteht nach dem Verfasser aus einer knotigen Episcleritis, indem der sich am Hornhautrande bildende warzenförmige Tumor sich auf die Hornhaut fortpflanzt. Selten wird der Knoten resorbiert, meistens breitet er sich über die ganze Hornhaut, wächst nach vorne zu einer grofsen Neubildung aus, verbreitet sich auf Iris, Corpus ciliare etc. und führt schliefslich mit oder ohne Verschwärung zur Atrophie des Bulbus. Verfasser selbst hat an der Iris nur entzündliche Erscheinungen gesehen, andere haben Knoten gefunden. Augenmuskellähmungen, Atrophie der Thränendrüsen sind von anderer Seite beobachtet. Die mikroskopische Untersuchung ergab Leprabacillen in den lymphoiden Zellen. Verfasser glaubt, dafs die Behandlung der leprösen Augenerkrankungen manches leisten müsse, und deutet die etwa nötigen Eingriffe kurz an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

b) *Tuberkulose.*

Beiträge zur Behandlung lokaler Tuberkulose mit Nelkenöl, von Joseph Kanasz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 3, 5, 6. *Therap. Blätter.* 1893.) Nelkenöl wird 10% in vorher gekochtem Olivenöl gelöst und dann direkt in das kranke, tuberkulöse Gewebe in Mengen von 2—6—20 g injiciert. Sorgsame antiseptische Reinigung und Entfettung der Haut; sterile Spritze; Auflegen eines Äthertampons auf die Injektionsstelle; nachdem diese trocken geworden, Verband mit Watte, die mit 1%igem Sublimatcollodium schichtweise angeklebt wird. Sechs Gelenkerkrankungen, 22 Drüsenerkrankungen, darunter 8 bereits in Eiterung übergehende, wurden behandelt. Die harte Drüsensubstanz erweichte nach der Injektion und konnte durch die Einstichsöffnung als verkochtem Reis ähnliche Masse ausgedrückt werden. Heilerfolge wurden nur in Anfangsstadien erzielt, aufgehalten wurden auch vorgeschrittenere Krankheitsprocesse. Die Behandlung ist gefahrlos, bedarf nicht stetiger Kontrolle, wirkt schmerzstillend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der chirurgischen ulcerierten Tuberkulosen mit kochendem Wasser. (*Progrès méd.* 1893. No. 19.) Jeannel (Toulouse) verfährt in der Weise, dafs er die Umgebung der zu behandelnden ulcerierten Herde mittelst kalter Kompressen schützt, dann auf die Stelle selbst in 110° C. heifses Salzwasser getauchte Wattebäusche 5—6 mal hintereinander mit Gewalt drückt. Die so applizierte Temperatur beträgt mindestens 100 Grade und ist wirksamer, als das Glüheisen, weil das heifse Wasser besser als jenes in alle Vertiefungen des Geschwürs eindringt. Verfasser hat auf diese Weise 2 Fälle vollständig geheilt und 2 andere wesentlich gebessert.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Jodoformölinjektionen bei kalten Abscessen und anderen tuberkulösen Processen, von O. Pfeilsticker. (*Medic. Korrespondenzbl. des württemb. ärztlichen Landesvereins.* 1893. No. 2. *Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 42.) Verfasser bestätigt die vorzüglichen Erfolge der Jodoformölinjektionen bei tuberkulösen Processen, die bisher oft die schwersten operativen Eingriffe erforderten. Die Emulsion mufs frisch bereitet, das Jodoform dem durch Kochen sterilisierten Öl beigemengt werden.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Studie über die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose und deren Lokalisationen, klinischer Vortrag von Hallopeau. (*Union médicale.* 1893.) Vortragender unterscheidet eine sekundäre und eine primäre Hauttuberkulose. Zu der ersteren gehören die Formen, die aus Lymphdrüsen und Knocheneiterungen, subkutanen tuberkulösen Gummata, tuberkulösen Lymphangitiden entstehen. Als primäre sind aufzufassen: die verschiedenen Formen des Lupus vulgaris, des Tuberculum anatomicum, die Tuberculosis verrucosa, der Lichen scrophulosorum und höchst wahrscheinlich der Lupus erythematosus in seinen verschiedenen Variationen (simplex, exanthematoides, Pernio, acneiformis, erythemato-follicularis).
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Lupus excedens und dessen Behandlung, von Thayer. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1893. No. 16.) Die Sonnenstrahlen, mittelst Brennlinse auf die Haut gesammelt, zerstören dieselbe in wenigen Sekunden ohne Entzündung, Schmerz und Narbenbildung. Dieses Verfahren verwendete Verfasser nun zur Zerstörung kleiner Geschwülste und zur Behandlung des Lupus. Die mäfsigen Schmerzen während der 2 Minuten dauernden Einwirkung hörten nach Wegnahme der Linse sogleich auf. Zinksalbe, feuchte Karbolwatte, darüber trockene Watte. Täglicher Verbandwechsel. Heilung in 2 Wochen mit oberflächlicher weicher Narbe, Schwinden der Röte in der Umgebung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Wirkungen des Kochschen Tuberkulins in Verbindung mit chirurgischen Maſsregeln zur Behandlung von Lupus, von MALCOLM MORRIS. (*Brit. med. Journ.* 3. Juni 1893.) MORRIS vertritt die Meinung, daſs man nicht gut thue, die Tuberkulinbehandlung gänzlich zu verwerfen; bei geeigneten und sorgsam ausgesuchten Fällen von Lupus habe die Methode als Vorbereitung für chirurgische Eingriffe einen wirklichen Wert. Bestehen aber Komplikationen in Gestalt von Tuberkulose der Lunge oder anderer innerer Organe, so seien die Injektionen durchaus ungerechtfertigt. Folgende zwei Fälle werden mitgeteilt: 1. Ein 25jähriger Mann, der im November 1890 wegen typischen Lupus der Nase, des Gaumens und Zahnfleisches von BERGMANN in Berlin mittelst Tuberkulin mit auffallendem Erfolg behandelt worden war. Wenige Wochen nachher trat ein Recidiv ein. Im Mai 1891 war eine ausgedehnte Abtragung von lupösem Gewebe nötig; dann war im Februar 1893 wiederum ein kleinerer Eingriff nötig. Im allgemeinen war aber der Gesamtzustand nach der Tuberkulinbehandlung ein wesentlich günstiger, als jemals vor derselben. Noch günstiger war die nämliche Behandlung mit Tuberkulin plus chirurgischen Eingriffen bei einer 33jährigen Frau, die jetzt seit 2 Jahren fast geheilt geblieben ist. *Philippi-Nieheim.*

c) *Syphilis.*

Eine Studie über die Veränderungen des Blutes infolge des syphilitischen Processes, von Prof. NEUMANN und A. KONRIED. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 19. Die sogenannte syphilitische Chlorose, die kurz vor Auftreten des Exanthems erscheint und oft Jahrzehnte bestehen bleibt, ist noch immer nicht genügend erklärt. RICORD und GRASSI fanden eine Verminderung der Blutkörperchen und eine Zunahme des Eiweiſsgehaltes. VIRCHOW führte die Blässe auf die Beteiligung der Drüsen zurück. Eingehendere Untersuchungen sind erst an der Hand der neuen Methoden von MALASSEZ, THOMA-ZEISS, v. FLEISCHL, HAYEM in neuerer Zeit ausgeführt. WILBUSZEWICZ konstatierte eine Abnahme der roten Blutkörperchen und eine Zunahme der Leukocyten; das Quecksilber gleicht die Differenz anfangs wieder aus, später tritt aber wieder die entgegengesetzte Wirkung auf. BIEGANSKI fand eine Abnahme des Hämoglobins bei gleichbleibendem Blutkörperchengehalt. Im ganzen ist das Hämoglobin, welches doch 0,9 der Trockensubstanz des Blutes ausmacht, noch wenig studiert worden. Die Verfasser haben nun im letzten Jahr sich eingehend mit der Frage beschäftigt. — Der Hämoglobingehalt war schon vom 40. Krankheitstage ab in einzelnen Fällen um 15—20%, in der Mehrzahl um 25—30% vermindert; die Exstirpation des Primäraffekts verhütete diese Verminderung nicht. Da diese Verarmung an Hämoglobin schon vor dem Exanthem sich allmählich entwickelt, kann der Primäraffekt nicht nur als lokales Leiden aufgefaſst werden. Mit dem Ausbruch der Exantheme geht der Hämoglobingehalt immer mehr zurück bis zu 35%, um sich nach einer gröſseren Zahl von Inunktionen wieder der Norm zu nähern. Führt man Quecksilber im Übermaſs zu, so tritt wieder ein Rückgang ein. Bei älteren Fällen sekundärer Syphilis, die noch unbehandelt waren, im 4.—10. Monat war die Abnahme der Färbkraft besonders bei schwereren Formen eine sehr starke, so daſs dieselbe oft nur 45% betrug. Die Behandlung glich es wieder aus. Dieselbe Verminderung fand man bei tertiärer Syphilis, hier war aber durch die Therapie nicht ein Ausgleich zu erzielen. — Die Zahl der Blutkörperchen, anfangs normal, sank bis zur Eruption immer mehr und erreichte kurz vor derselben ihr Minimum; sie betrug oft nur $^1/_3$ der Norm. Nach 10—30 Einreibungen ist die Differenz beseitigt. Dem Verhalten des Hämoglobins in späteren Stadien entspricht auch dasjenige der Blutkörperchenzahl, jedoch kehrt diese immer viel leichter zur Norm zurück, als der Hämoglobingehalt. Daraus geht hervor, daſs das Hämoglobin weit rascher unter dem Ein-

flusse des Virus lueticum zerfällt und schwerer restituiert wird, als die Blutkörperchen. Letztere leiden im tertiären Stadium sogar sehr wenig. Die Zahl der Leukocyten ist im ganzen umgekehrt proportional derjenigen der roten Blutkörperchen. Die Schlüsse der Verfasser lauten:

1. Der Hämoglobingehalt zeigt sich schon im Stadium des Primäraffekts um 15—30% verringert, während der Proruption bleibt die Abnahme konstant und gleicht sich erst aus im Laufe der Behandlung.

2. Ältere unbehandelte Fälle sekundärer Syphilis zeigen konstant eine Abnahme des Hämoglobingehalts, der zwischen 45 und 75% schwankt. Die Wirkung der Behandlung ist auch hier eine deutliche, doch ist letztere nicht im stande, die Differenz ganz zu beseitigen.

3. Geradezu charakteristisch für die tertiäre Syphilis ist der stets gefundene niedere Hämoglobingehalt, den die Therapie bessert, aber nur in geringem Maſse.

4. Die roten Blutkörperchen, anfangs im Gegensatz zum Hämoglobin normal, nehmen mit der Entwickelung der konstitutionellen Syphilis ab bis um $^1/_3$ der Norm; die Therapie stellt ihre Zahl wieder her. Allzugroſse Mengen Quecksilber vermindern dieselbe wieder.

5. Nicht behandelte sekundäre Formen zeigen konstant eine Abnahme der roten Blutkörperchen, die durch die Therapie wieder normal werden.

6. Die Zahl der roten Blutkörperchen bei tertiären Formen ist stets herabgesetzt; auch hier wirkt die Therapie günstig ein.

7. Die Zahl der weiſsen Blutkörperchen steigt mit der Abnahme, sinkt mit der Zunahme der roten Blutkörperchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neue Beiträge zur Erkenntnis der Wesenheit, Verbreitung, Prophylaxe und Therapie der Syphilis, von Dr. A. Kuehner. (*Reichs-Medicinal-Anzeiger*. 1893. No. 8.) Der Aufsatz bietet zwar nichts Neues, ist aber ganz anregend geschrieben. Nachdem Verfasser sich des weiteren über die Analogien zwischen Syphilis, Tuberkulose, malignen Neubildungen, Diphtheritis ausgelassen, geht er auf die Therapie näher ein und würdigt auch besonders die Arbeiten des Antimerkurialisten Hermann einer besonderen, vielleicht nicht verdienten Besprechung. Er selbst redet einem individualisierenden Verfahren das Wort, hebt die heilende Wirkung derjenigen Verfahren, die die Konstitution schwächen, hervor und legt eine Lanze für die hydriatischen Heilmethoden ein, welche in dem in *dieser Zeitschrift* referierten Buche von Pingler behandelt sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verwendung des sauersoffhaltigen Wassers als Prophylacticum gegen syphilitische Infektion, von Crowczynski. (*Sem. médic.* 1893. No. 16.) Syphilitische und Personen mit weichem Schanker hat Verfasser teilweise mit reinem Schankereiter, teilweise mit Eiter, der zuvor im Reagensglase mit einer 3% Ozonlösung, der 0,5 Salzsäure zugesetzt war, geimpft. Ozon ist ein nicht ätzendes bakterielles Mittel, Salzsäure wirkt der alkalischen Reaktion der Schanker und Syphilissekrete entgegen, die beim Zusatz zum sauerstoffhaltigen Wasser ein Aufbrausen bewirken sollen. 15 Inokulationen am Vorderarm nach vorausgeschickter Skarifikation und Desinfektion mit reinem Schankereiter bewirkte nach drei Tagen eitrige Bläschen, aus denen weiche Schanker wurden. Von 15 Patienten, die mit dem Gemisch aus sauerstoffhaltigem Wasser und Schankergift geimpft waren, zeigten 14 ein absolut negatives Resultat; bei einem entstand nach 6 Tagen ein zweifelhaftes Geschwür. Zwei von Syphilis freie Kollegen wurden mit syphilitischen Produkten, die mit der Ozonlösung versetzt waren, geimpft; einmal wurde Eiter von einem luetischen

Schanker, einmal von einer Schleimpapel benutzt. Beide Male war das Resultat ein negatives. (War der Verfasser selbst einer der Kollegen? D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Syphilis der Nase spricht SCHUBERT im Ärztlichen Lokalverein Nürnberg (Sitzung vom 1. December 1892). Unter 7000 Fällen von Ohren- und Nasenkranken waren 42 (= 0,5 %) syphilitische Erkrankungen der Nase, von denen 30 gummöser Natur waren. Nur 10 mal kamen Frühformen vor, 3 mal Rhagaden am Aditus nasi, 7 mal Coryza syphilitica hereditaria neonatorum. Besonders geht Verfasser auf die Differentialdiagnose gegenüber dem nicht syphilitischen Ulcus perforans septi ein, welches stets im Knorpelgebiet sitzt, stets den Knochen intakt läfst, unter dem Bilde langsam in die Tiefe fortschreitender Gewebsnekrose verläuft, keine wallartigen Geschwürsränder zeigt, nach dem Durchbruch schnell heilt, während das luetische Geschwür ohne specifische Behandlung zum fortschreitenden Zerfall neigt. Das nicht syphilitische Geschwür — 16 Fälle — ist besonders in Fabriken (Arsen, Chromsäure, Phosphor, Zinkchlorid, Cement) gefunden. — Die Behandlung mufs eine allgemeine und eine örtliche, unter Leitung des Spiegels ausgeführte sein, wozu die Glühschlinge verwendet werden kann. Mit dieser kann man Gummata abtragen, Sequester entfernen, wofür der Redner Belege beibringt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Lungensyphilis stellt BRENNER im Ärztl. Verein zu Brünn vor. Sitzung vom 20. März 1893. (*Internat. klin. Rundschau.* 1893. No. 20.) Eine 43 Jahre alte, gut genährte Frau weist deutliche Zeichen tertiärer Syphilis nach: Eingesunkensein des Nasenrückens, Ozaena, vollkommener Defekt des weichen Gaumens, mehrfache Hautnarben. Sie leidet jetzt an sehr heftigem Husten mit massenhaft eitrig-schleimigem Auswurf. Über der linken Lungenspitze vorne und hinten Dämpfung und zahlreiche grofsblasige, konsonierende Rasselgeräusche, über der übrigen Lunge alles normal. Temperatur nicht erhöht; Leber und Milz etwas vergröfsert. Nach Jodkalium intern (1,5 pro die) und als Inhalation (2%), sind Husten und Auswurf in 4 Wochen geschwunden; Perkusssionsergebnis unverändert; nur ganz vereinzelte Rasselgeräusche und bronchiales Athmen über der linken Lungenspitze. Verfasser nimmt in diesem Falle Lungensyphilis an.

(Sicher ist die Diagnose keinesfalls, denn erstens fehlt die Untersuchung auf Tuberkelbacillen, zweitens übt Jodkalium in ähnlichen Fällen, die nicht auf Syphilis beruhen, den gleichen wohlthuenden Effekt aus, und drittens hätte man, wenn wirklich Syphilis vorliegt, eine Restitutio ad integrum erwarten müssen, was nach den Angaben des Verfassers trotz des fehlenden Hustens und Auswurfs nicht der Fall ist. Perkussion und Auskultation ergaben noch nach vier Wochen im Grunde genommen dieselben anomalen Verhältnisse. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Strikturen im Dünndarm, von E. A. HOMÉN. (*Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat.* 1893. No. 3.)

In der Litteratur sind nur wenige Fälle von Dünndarmlues bekannt, die gewöhnlich in Form von oft cirkulären Geschwüren und begrenzten Infiltrationen auftreten. Ein 33jähriger Lehrer, der viel an Störungen des Magendarmkanals mit Neigung zu langwierigen Diarrhöen gelitten, zog sich im Herbst 1889 Syphilis zu. Im Sommer 1890 machte er eine energische, antiluetische Kur durch, wobei Stomatitis und auch blutige Diarrhöen aufgetreten sein sollen. Im Herbst 1891 nahmen die Darmbeschwerden wieder zu; im März 1892 erlag er einer Pneumonie. Bei der Sektion finden sich im Dünndarm 30 meistens cirkuläre narbige Einziehungen, die zum Teil zu starken Verengerungen geführt haben. Die seröse Bedeckung ist an diesen Stellen etwas verdickt und mit Rauhigkeiten besetzt. Oberhalb der verengten Stellen ist

der Darm sackartig ausgedehnt. Innerhalb des Darms entsprechen den Verengerungen gürtelförmige Geschwüre mit meistens, nicht immer scharfen gleichmäfsigen Kanten und glattem, fibrösem, grauweifsem oder speckigem Grund. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dafs der Boden meistens von der bedeutend verdickten Submucosa gebildet wird, die mehr oder weniger zellig infiltriert war. Sonst zeigt kein Organ syphilitische Veränderungen. Tuberkulose konnte sicher ausgeschlossen werden; ebenso war an merkurielle Geschwüre nicht zu denken, da diese anders aussehen, an anderen Stellen sitzen, und der Patient sich ja auch nach der Quecksilberkur bedeutend erholte. — Die Geschwüre waren aus diffusen cirkulären, gummösen Infiltrationen der Darmwand hervorgegangen. Eine Erklärung für diese seltene Lokalisation der Lues dürfte darin zu finden sein, dafs der Darm von jeher bei dem Patienten ein Locus minoris resistentiae war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilitischer Schanker des Zeigefingers. Syphilitischer Schanker der Unterlippe. Klinische Vorträge von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1893. Nr. 9.) Ein Mann war von einem Papagei in den Finger gebissen worden. Nach einiger Zeit trat an demselben ein Ulcus, später über den ganzen Körper ein allgemeines Exanthem auf. Der behandelnde Arzt legte anscheinend zu viel Gewicht auf die Angaben des Patienten, erkannte das Wesen der Affektion nicht. Erst dem Vortragenden gelang es, von dem Patienten zu erfahren, dafs die Infektion auf einen manuellen Kontakt mit einer syphilitisch inficierten Vulva kurze Zeit nach dem Bisse zurückzuführen war.

Des Weiteren erwähnt Vortragender mehrere Fälle von Primäraffekt mit Sitz an der Unterlippe, welche er zu beobachten Gelegenheit hatte. Er macht dabei aufmerksam auf die diagnostische Wichtigkeit der benachbarten Lymphdrüsenschwellungen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Stenose des Conus arteriosus dexter durch Syphilom der Kammerscheidewand; Kompensation durch intratrabekuläre Kanalisation der Muscularis, von P. Cohnheim. (Dissert. Würzburg 1891.) Verfasser wirft zunächst einen historischen Rückblick auf die diesbezügliche Litteratur. Obwohl sich in den Schriften älterer Autoren Andeutungen dafür finden, dafs die Syphilis des Herzens denselben nicht unbekannt war, so ist doch erst durch Ricord im Jahre 1845 die Lues des Herzens als Thatsache mit aller Bestimmtheit hingestellt worden. Seitdem sind wiederholentlich Fälle von Herzsyphilis veröffentlicht worden, und Virchow konnte auf Grund eines solchen Falles mitteilen: „Es giebt also eine Pericarditis und Endocarditis syphilitica, eine einfache und eine gummöse interstitielle Myocarditis, und der Procefs im Herzen gleicht daher in jeder Beziehung dem Procefs im Hoden und in der Leber."

Zur allgemeinen Pathologie der Herzlues bemerkt Verfasser, dafs die syphilitische Erkrankung das Pericardium, Endocardium und am häufigsten das Myocardium ergreift und hauptsächlich in 2 Formen auftritt, nämlich in Form von gummösen Geschwülsten oder chronischen Entzündungen mit plastischen Ablagerungen und Bildung fibrösen Gewebes. Klappenfehler entstehen bei Herzsyphilis nur sehr selten.

Im folgenden bespricht Verfasser die specielle pathologische Anatomie, die Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Herzlues und geht sodann zur Mitteilung des seiner Abhandlung zu Grunde liegenden Falles über.

Der Sektionsbefund des Herzens war in kurzen Worten folgender:

1. Gummiknoten im Septum mit Beteiligung des Endocards.
2. Affektion der Mitralis.

3. Affektion der Tricuspidalis.
4. Stenosis coni arteriosi dextri.
5. Bildung eines intratrabekulären Muskelkanals.

Verfasser vergleicht seinen Befund mit den Befunden verschiedener Autoren bei Herzsyphilis. *C. Berliner-Aachen.*

Im Verein für innere Medicin (Sitzung vom 7. November 1892) demonstrierte G. Lewin einen Fall von **gleichzeitiger, doppelter Infektion per os (Unterlippe) und per mammam.** Die Infektionsstellen befinden sich in gleichem Grade der Entwickelung, die Genitalien und Inguinaldrüsen sind normal, dagegen die submaxillaren, submentalen und axillaren geschwollen. — Die Infektion der Mamma kommt vorwiegend bei Ammen vor. Einen traurigen Fall berichtet L.: Eine verheiratete Frau nährte neben ihrem eigenen Kinde noch ein syphilitisches und wurde inficiert. Sie steckte dann Mann und Kind an. Das hereditär syphilitische Kind und der Mann starben, letzterer an Endarteritis der Arteria fossae Sylvii, das eigne Kind wurde geheilt, erkrankte aber im 15. Lebensjahr an Lupus syphiliticus. Die Frau heiratete später wieder, und das von ihr dann geborene Kind starb an Syphilis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Elephantiasis syphilitica der Lippen, von Eichhorst. (*Virchows Archiv.* Bd. 131. H. 3.) Unter 17830 Kranken sah Eichhorst nur drei Männer und eine Frau mit Elephantiasis, darunter befand sich ein Fall von Elephantiasis der Lippen, ein exquisit seltenes Leiden. Von Interesse ist es nun, dafs der 43jährige Patient vor fünf Jahren sich syphilitisch inficiert hatte. Die Schwellung und Wulstung der Lippen begann vor einem Jahre zuerst an der Oberlippe. Die Lippen springen als zwei Daumen dicke rote Polster rüsselartig hervor, fühlen sich wie schwammiges Gewebe an. Keine Schmerzen; Kieferdrüsen etwas geschwollen; Schmierkur erfolglos. Durch Galvanokaustik wurde Rückbildung der Unterlippe erzielt, eine später entstehende Sarkocele schwand auf Jodbehandlung. Jedoch stellte sich schliefslich die Elephantiasis wieder her, und der Patient verliefs ungeheilt das Krankenhaus. (Der Beweis, dafs das Leiden auf Lues beruht, ist nicht geführt. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Auf dem zwölften Kongrefs für innere Medicin, Wiesbaden 12.—15. April 1893 (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 17) spricht Senator über **Ikterus und akute Leberatrophie bei Syphilis.** Die anatomische Grundlage des Icterus syphiliticus bilden entzündliche Processe, nicht Lymphdrüsenentzündungen oder Exantheme der Intestinalschleimhaut. Vortragender beobachtete zwei Fälle von akuter gelber Leberatrophie im Anschlufs an luetische Infektion; Phosphorvergiftung und Gravidität waren ausgeschlossen. Der erste Fall endete letal, die Obduktion bestätigte die Diagnose, der zweite ging nach viermonatlichem, durch universelles Erysipel, hämorrhagische Diathese etc. beeinflufsten Krankheitsverlauf in Heilung über. — Von den bisher beobachteten Fällen betreffen 7 Frauen. — Der Zusammenhang zwischen Syphilis und akuter gelber Leberatrophie ist noch nicht geklärt; möglicherweise entwickelt sich der Ikterus gravis direkt aus dem Icterus simplex syphiliticus.

Jessner-Königsberg i. P.

Über einen Fall von Bubo gummosus der Inguinalgegend, von Joseph Gold. (*Wien. med. Presse.* 1893. No. 2.) Eine gummöse Drüsenerkrankung ist Verfasser unter 533 Fällen nur einmal begegnet. Er stellte die Diagnose per exclusionem und ex juvantibus, wobei eine Fehlerquelle immer nicht ausgeschlossen ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dritter Fall syphilitischer Reinfektion, von Salsotto. (*Gazz. med. di Torino.* 1892. No. 48.) Es handelt sich um einen Patienten, der 27 Jahre nach abgeheilter

erstmaliger Erkrankung sich zum 2. Mal syphilitisch inficierte. Derselbe übertrug diese Krankheit auch auf seine Frau, welcher Umstand gegen die Annahme spricht, als hätte es sich nur um die tertiäre Periode einer latenten Lues gehandelt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Natur der Rückenmarksläsionen bei der syphilitischen Paraplegie (Nach *Presse médicale belge.* 1893. Nr. 18.) In der Société de Biologie berichtete SOTTAS über 3 Fälle von syphilitischer Paraplegie, welche tötlich verliefen. Die Pathologie der Affektion ist die folgende: Entzündung der Gefäfswandungen nebst Auftreten miliarer Gummata in der Pia. Verschlufs der betreffenden Gefäfse mit Erweichung des Rückenmarks. Hieraus resultiert eine auf- und absteigende Strangdegeneration mit Ausgang in Sklerose. Dieser Verlauf des Processes im Rückenmark mit Ausgang in Sklerose ist eine Folge von besonderer Gefäfsverteilung, indem die Arterien hier nicht wie im Gehirn Endarterien darstellen und die Cirkulation durch Kollateralen wieder hergestellt werden kann.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufener Fall von syphilitischer (?) Rückenmarkserkrankung. (Arachnitis chronica fibrosa et gummosa, Myelitis interstitialis chronica diffusa, Endarteritis et Phlebitis obliterans, von C. A. EWALD. (*Berl. kl. Wochenschr.* 1893. No. 12.) Ein 42jähriger Schlachter bot klinisch das Bild der Tabes; höchstens konnte eine Störung des Temperatursinns und eine Vereiterung des Kniegelenks auffallen. Letztere führte unter pyämischen Erscheinungen nach der Incision zum Tode. Der wesentliche Sektionsbefund ist im Titel wiedergegeben. Klinisch ist der Fall der Tabes zuzuzählen; der Befund entspricht dem aber durchaus nicht. Derselbe läfst es wohl zweifellos, dafs es sich um eine syphilitische Affektion handelte. — Von Wert ist besonders die Gefäfsuntersuchung, die ergab, dafs die Veränderungen in der Adventitia und Media stets parallel gingen denjenigen der Intima, die fast durchweg durch ein zwischen Membrana elastica und Endothel gelagertes, wellenförmiges, sehr kernreiches Gewebe verbreitert ist. Das Gefäfslumen ist nirgends vollkommen obliteriert, die Endothelkerne springen buckelartig in dasselbe vor. Die Kerninfiltration in der Adventitia ist sehr viel schwächer. Der Befund spricht für ein Fortschreiten des Processes von Innen nach Aufsen. — Auffallend war auch ein bedeutender subarachnoidaler Bluterguſs. — Das Lehrreiche des Falles ist, dafs eine ausgesprochen interstitiell entzündliche, diffus über die Hinterstränge verbreitete Hyperplasie des Bindegewebes, die mit gröfster Wahrscheinlichkeit syphilitischen Ursprungs ist, das Krankheitsbild der Tabes bewirken kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hereditäre Syphilis mit Affektion der Milz und Leber, von CHAUFFARD. (*La Semaine méd.* 1891. pag. 265.) Ein während der Schwangerschaft luetisch inficiertes Mädchen gebar nach spezifischer Behandlung ein anscheinend gesundes Kind, welches erst nach 5 Monaten Roseola aufwies, die nach einer leichten Kur verschwand, um bald von einer Affektion der Leber und Milz gefolgt zu sein. Beide Organe waren enorm vergröfsert; Ascites, Erweiterung der Hautvenen um den Nabel, Kachexie bestanden. Verfasser verordnete 0,25 Kal. jod. und 2—3 g Quecksilbersalbe täglich und liefs die Kur 5 Monate fortsetzen, so dafs das Kind 300,0 Salbe eingerieben erhielt und auch vertrug. Nach 4 Monaten schwollen die Organe ab, der Ascites schwand, und das Gewicht des Kindes war von 3400 g auf 7500 g gestiegen. — Verfasser hält die hereditäre syphilitische Hepatitis für eine totale, im Gegensatz zu der acquirierten, die von einer Endarteritis ausgeht und nur einzelne Teile der Leber ergreift. Bei beiden Formen ist eine möglichst energische, lange durchgeführte spezifische Therapie nötig. — (Zwei Fragen können wohl aufgeworfen werden.

Erstens: war die Syphilis eine hereditäre oder hat die Infektion erst post partum stattgefunden? Das Auftreten der Roseola erst vier Monate nach der Geburt spricht für letzteres, wenn auch die erstere den Fall entschieden zu einem interessanteren gestaltet. — Zweitens: Wurde die enorme Menge Quecksilber dem Kinde nur verordnet oder auch wirklich eingerieben? Wodurch hat Verfasser die Garantie für die Befolgung seiner Verordnung? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über einen ungewöhnlichen Fall hereditärer Syphilis, von J. V. Shoemaker. (*Journ. cut. and genit.-urin. dis.* 1892. No. 6.) Erst im 14 Jahre setzten die Erscheinungen der ererbten syphilitischen Diathese in Gestalt papillomatöser Granulationswucherungen an Nase, Mundwinkel und Lippengegend ein; dieselben wuchsen schnell und heilten unter antiluetischer Therapie. Ob der Fall als Lues hereditaria tarda zu bezeichnen ist, mufs man dahingestellt sein lassen, da der strikte Beweis, dafs vorher keine luetische Erscheinung vorhanden gewesen ist, nicht erbracht ist. (An der Schwierigkeit, wenn nicht Unmöglichkeit, diesen Beweis zu führen, kranken fast alle Fälle von Lues hereditaria tarda. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorhandensein einer Nadel in der Zunge eines 4 Monate alten mit hereditärer Syphilis behafteten Kindes, von Titomanlio. (*Riforma medica.* 1893. Nr. 26; *Giornale italiano de mal. ven e della pelle.* Fasc. I. 1893.) Das Kind war vor 6 Tagen als geheilt entlassen worden, als dasselbe mit einer Ulceration an der Zunge zurückgebracht wurde. Die Untersuchung stellte fest, dafs eine Nähnadel tief in der Zunge stak. Nach Entfernung derselben konnte das Kind zwar wieder saugen, die Wunde blieb aber offen und verwandelte sich in eine vegetierende Plaque muqueuse, welche erst auf Pinselungen mit $^1/_2$ ‰ Sublimatlösungen und Wiederaufnahme der Schmierkur wich. Nach $1^1/_2$ Monat konnte das Kind als definitiv geheilt betrachtet werden. Der Fall zeigt 1., wie ein Trauma die lokalen Erscheinungen der Syphilis beeinflussen kann, 2., wie die hereditäre Lues unter dem Schein vollständiger Heilung latent verlaufen kann, um auf den ersten Stimulus wieder florid zu werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die venerisch-syphilitischen Krankheiten in Bezug auf die Reglemente über die Prostitution, von Fabris. (*Gaz. Ospit.* 1892. No. 145.) Die Statistik erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Jahren und zeigt uns eine gewaltige Zunahme der venerischen Krankheiten, besonders unter den Männern, seit dem Inkrafttreten des Crispischen Reglements. Als Ursachen hiervon erwähnt Verfasser 1. das zu frühzeitige Austreten der Kranken aus den Spitälern; 2. die Schwierigkeiten, die sich auf dem Lande der rationellen und gründlichen Behandlung in den Weg legen; 3. und hauptsächlich die viel zu geringe Beaufsichtigung der öffentlichen, ganz besonders aber der privaten Prostitution, gegen welche sich das Augenmerk des Gesetzgebers in erster Linie zu richten haben wird.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Tabak und Syphilis, von Gamberini. (*Rivista ital. di Terapia e Igiene.* 1892.) Während einerseits durch den Reiz des Tabakes eine spezifisch granulöse Pharyngitis direkt provociert werden kann, verursacht andererseits der Tabak, sowie der heifse Rauch einen für die Entwickelung der syphilitischen Manipulationen günstigen entzündlichen Zustand der Mundhöhle und der Lippen. Auch macht Verf. aufmerksam auf die Leichtigkeit der Übertragung der Krankheit durch Cigarrenstummel und Pfeifen.

Zur Unterscheidung der ulcerierten Zungengumma vom Carcinom der Raucher beachte man, dafs erstere die Zungenfläche, letzteres deren Ränder zu befallen pflege. Auch kann bei der Diagnose das chronische Zungengeschwür infolge von Zahnkaries

in Frage kommen. In diesem Falle schafft die Exstirpation des erkrankten Zahnes prompte Heilung des Übels. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe, von Wilhelm Meisels. (*Magyar orvosi Archivum.* 1893. H. 2. *Med.-chirurg. Rundsch.* 1893. H. 9.) Die Spermatorrhoe erscheint bei der Miktion oder Defäkation, oder sie tritt als Pollution am Tage oder in der Nacht auf; selten ist sie kontinuierlich. Die angeborene oder erworbene Neurasthenie spielt dabei die Hauptrolle. Lokal pflegt eine Überproduktion von Sperma (Plethora seminis), eine dadurch bedingte Spannung und reflektorische Reizbarkeit des Ejaculationsapparates einzutreten. Andererseits kann eine Insufficienz der Ductus ejaculatorii an der Spermatorrhoe schuld sein. Endlich können konstitutionelle Zustände (Phthisis, Diabetes, Tabes, Rekonvalescenz nach Typhus) das Leiden hervorrufen. Die Spermatorrhoe bei Pollutionen ist eine motorische Neurose, ein Krampf der Samenbläschen. Zu den spastischen Formen, die später in die paralytische übergehen, zählt Verfasser auch die nach Tripper, Entzündungen in der Prostata, Balanitis, Phimosis, Blasen- und Mastdarmleiden entstehende Spermatorrhoe. — Bei der paralytischen Form nimmt Verfasser eine gesteigerte Reizbarkeit des Rückenmarks, eine Hypersekretion der Vesicae seminales und eine Atonie der Ductus ejaculatorii als Ursachen an. Hiergegen wandte Verfasser in 27 Fällen Cornutinum citricum, 0,003 bis 0,006 pro die, an. Die Spermatorrhoe nahm stets am 2.—3. Tage ab oder sistierte ganz. 6—14 Tage genügten stets zur definitiven Heilung, wenn auch in schweren Fällen hin und wieder später bei der Defäkation oder geschlechtlichen Enthaltsamkeit sich ein kleiner Samenergufs einstellte. Während diese Fälle von paralytischer Spermatorrhoe also alle geheilt wurden, wurde die spastische Form nicht durch Kornutin beeinflufst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Gangraena penis mit nachfolgender Plastik berichtet Körte auf dem 22. Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 12.—15. April 1893. (*Deutsche Med.-Zeitg.* 1893. No. 39.) Aus einer angeborenen Phimose entstand bei einem 28jährigen Manne eine Paraphimose, die zu einer brandigen Phlegmone des Penis führte; Vorhaut und ein grofser Teil der Haut des Penis waren gangränös. Die Urethra blieb unversehrt, sie war von einer dünnen Schicht kavernösen Gewebes umgeben; zwei Drittel der Glans waren erhalten. Durch gestielte Lappen vom Skrotum wird der Defekt gedeckt, die Form des Gliedes wieder hergestellt; wie es mit der Funktion sein wird, mufs abgewartet werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Indikationen und Kontraindikationen des Dauerkatheters nach interner Urethrotomie, von Bordas und Wickham. (*Méd. moderne.* 1892. No. 30.) Vor jedem inneren Harnröhrenschnitt soll der Urin auf Bakterien untersucht werden. Ist derselbe steril, dann ist der Dauerkatheter unnötig, bei inficiertem Urin ist er für 3 Tage von Vorteil. 17 Krankengeschichten begründen die Ansicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von periodischer Hämaturie bei einem 11jährigen Mädchen, von N. Filatow. (*Medicinskoje Obosrenge.* 1893. No. 4. *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 19.) Ein 11jähriges Mädchen fällt beim Tragen eines Tisches auf den Rücken; acht Tage später tritt Hämaturie ein. Im Bodensatz finden sich rote Blutkörperchen und fadenförmige Bündel (Abgüsse der Kanäle?). — Nach einigen Tagen schwindet das Blut, die Blutung wiederholt sich aber während 6 Wochen periodisch. Im blutfreien Urin, der ein hohes spezifisches Gewicht hat, ein bedeutender Bodensatz

reiner Harnsäure. Auf die Harnsäurediathese will F. die Blutung zurückführen, analog dem Nasenbluten bei Kindern gichtischer Eltern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Orchitis bei Grippe, von Fiessinger. (*Gaz. méd. de Paris.* 1893. No. 5.) Ein 9jähriger Knabe erkrankte an einer Grippe, die anfangs schwer von einem Typhus abzugrenzen war. Am 11. Tage Schwellung des Samenstranges, die nach 5 Tagen schwand, aber noch zweimal recidivierte. Härten an dem in Mitleidenschaft gezogenen Nebenhoden blieben zurück; der Hoden war frei. (Und weshalb dann „Orchitis"? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Pathologie der Harnröhrengeschwüre, von Dr. L. Casper in Berlin. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 14.) Ein 33jähriger Patient, der vor mehreren Jahren an Gonorrhoe gelitten hatte, konsultierte den Verfasser wegen eines frischen Trippers. Nachdem etwa 8 Tage vorher eine Kohabitation stattgehabt hatte, sei ein Ausfluſs an der Mündung der Harnröhre sichtbar geworden, beim Harnen empfand Patient ein leichtes Brennen. Da sich der Zustand nach Injektionen nicht besserte, so wurde durch das Urethroskop ein etwa 8 cm vom Orificium externum entfernt liegendes erbsengroſses Ulcus entdeckt. Dasselbe war mit einem weiſslich-grauen Belag bedeckt, zackig umrändert, und ging auf die linke Wand der Urethra über. Anamnetisch ergab sich nun, daſs der Patient vor 8 Jahren ein Ulcus durum mit nachfolgenden luetischen Erscheinungen gehabt hat. Es wurde deshalb eine Inunktionskur verordnet, und das Geschwür selbst wurde jeden zweiten Tag mit Sublimatglycerin bepinselt, so daſs es innerhalb 4 Wochen heilte. Bei einem zweiten Patienten wurde ebenfalls ein kleines Ulcus konstatiert, das ebenfalls nach Sublimatglycerin heilte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Massage der Prostata, von Max Schlifka. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 20.) Die gonorrhoische Erkrankung der hinteren Harnröhrenabschnitte ergreift in ihrem Weiterschreiten auf die Prostata zuerst die Ductus prostatici und setzt sie in einen Zustand des Katarrhs. Von da aus geht die Infiltration auf das übrige Drüsengewebe und das fibro-muskuläre Parenchym über. Nach Thompson zeigt die Prostata auf dem Durchschnitt eine weiche, schwammige Konsistenz; die Schleimhaut der Pars posterior ist verdünnt, stark vaskularisiert, die prostatitischen Ausführungsgänge auffallend weit, strotzend gefüllt mit schleimiger Flüssigkeit. Seltener ist die Schleimhaut verdickt, livid-rot. Die chronische Prostatitis beginnt schleichend oder sie ist der Endausgang einer akuten Entzündung. Eine Vergröſserung des Organs ist nicht immer nötig; es kann sogar eine Verkleinerung vorhanden sein, wenn ein Teil des Gewebes vereitert ist. Die Umrisse sind gewahrt, die Konsistenz ödematös-prall oder weich-teigig, Empfindlichkeit vermehrt. Die Länge von der Spitze bis zur Basis miſst man mittelst des in das Rektum eingeführten Fingers an dem in die Urethra eingeführten Metallkatheter, indem man die Stelle des Eintritts der Spitze in die Pars prostatica und des Eindringens in die Blase markiert. In der Norm soll sie circa 34 mm betragen. Reizerscheinungen, sowohl die Harnentleerung wie die sexuelle Sphäre betreffend, neurasthenische Beschwerden sind stets vorhanden. Es kann durch Erschlaffung der Ductus ejaculatorii zur Spermatorrhoe kommen. Der Harn ist schon frisch gelassen durch phosphorsaure Salze getrübt. Von den bisher üblichen therapeutischen Bestrebungen verwirft Verfasser unbedingt die Ätzung der hinteren Harnröhre. Gute Erfolge aber hat er durch Massage erzielt, für die sich am besten die Knieellenbogenlage eignet. Er führt sanftes oder stärkeres Drücken oder Streichen aus. Die Schmerzhaftigkeit, anfangs oft stark, läſst bald nach. Besserung zeigt sich nicht vor der 5.—6. Sitzung. Durch Vorführung von 4 Fällen

legt Verfasser seine günstigen Erfolge dar, die sich besonders auf die Nervenerscheinungen und den Harndrang erstreckten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Prostatatuberkulose, von G. Marwedel. (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* Bd. IX.) An der Hand von 4 Fällen der Czernyschen Klinik sucht Verfasser das klinische Bild der Prostatatuberkulose zu zeichnen: Ein Drittel aller Fälle verläuft ohne alle Symptome, die übrigen bieten zuerst die Zeichen einer katarrhalischen Prostatitis mit Blasenreizung, dann eitrigen Ausfluſs, Samenergüsse, blutige Diarrhoen. Später kommt es unter Fiebererscheinungen zur Abscedierung mit Durchbruch in Harnröhre, Blase oder Mastdarm und Fistelbildung. Die Palpation ergiebt nichts charakteristisches. Isoliert erkrankt die Drüse auſserordentlich selten, jedenfalls erfolgt bald ein Übergang auf die Blase, die Samenbläschen, die Hoden, und es wird oft schwer sein, den primären Herd zu bestimmen. Therapeutisch wird die Injektion von Jodoformemulsionen in die Blase warm empfohlen. Incisionen von Abscessen vom Damm aus, eventuell Prostatatomie mit leicht bogenförmigem Schnitt und stumpfer Ausschälung der käsig erweichten Prostatateile kommen eventuell in Frage. Ein sorgfältiges Litteraturverzeichnis ist der Arbeit beigegeben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verirrte Sondenfragmente in der Blase. — Vergebliche Extraktionsversuche durch die Urethra. — Sectio alta. — Heilung, von Loumeau. (*Gaz. de méd. de Bordeaux.* 1892. No. 49.) Ein 32jähriger, bis dahin gesunder Mann zog sich durch Trauma eine Hernie zu; die von ihm in grober Weise vorgenommene Reposition bewirkte eine umschriebene Peritonitis mit schwerer Harnverhaltung. Bei dem gelungenen Katheterismus blieb ein Stück des roten elastischen Katheters in der Harnröhre zurück und wurde angeblich ganz durch Urethrotomie entfernt. Dennoch blieben Blasenbeschwerden bestehen, und wurde 50 Tage später ein Fremdkörper in der Blase gefunden. Versuche mit dem Lithotriptor miſslangen, und erst die Sectio alta förderte 2 Stücke aus der Mitte des Katheters von 2 resp. 3 cm Länge heraus. Blasennaht. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Blasenhalsklappen, von Poppert. (*Archiv für klinische Chirurgie.* Bd. 44. H. 1.) Es wird ein Fall von membraner Klappenbildung am Blasenhalse berichtet, wie ihn ähnlich Eigenbrodt mitgeteilt. Ein 24jähriger Mann, der stets an Dysurie gelitten, wurde wegen bis zur Retention sich steigernder Behinderung der Urinentleerung der chirurgischen Klinik überwiesen. Katheterismus, früher mit dünnem, elastischem Katheter möglich, war jetzt mit keinem Instrument auszuführen, daher Blasenpunktur und tags darauf Dammschnitt, Einführung eines Verweilkatheters. Es folgte schwere Cystitis, hohes Fieber, nach 14 Tagen Exitus letalis. Die Sektion ergab eine halbmondförmig das Orif. intern. vesic. verschlieſsende Blasenhalsklappe. P. hält dieselbe für angeboren. Die zunehmende Dilatation der Blase bewirkte, daſs das früher von der muskelhypertrophischen Blase überwundene Hindernis jetzt so böse Folgen hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Behandlung der Blasentuberkulose, von L. B. Bangs. (*Journ. of cut. and genit.-urin. diseases.* 1892. No. 5.) Auf Grund eigener Erfahrungen empfiehlt Verfasser bei Blasentuberkulose die doppelte Eröffnung der Blase oberhalb der Symphyse, und vom Damm aus mit nachfolgender, lange Zeit fortgesetzter Drainage. Unter Umständen kann die Entfernung tuberkulöser Herde von der Schleimhaut mittelst der Curette damit kombiniert und dadurch völlige Heilung erzielt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Blasengeschwülste, von Kümmel. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzung vom 2. Mai 1893. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 19.) Die häufigsten Neu-

bildungen der Blase sind Zottenkrebse, gestielte, oft zahlreiche Neubildungen, aus einem normalen Epithelüberzug, einem bindegewebigen Stroma und einem centralen Gefäfse bestehend. Unter 62 Fällen betrafen 16 weibliche Personen. Seltener sind Myxome (6 Fälle), Fibromyxome (20), Myome (20), Fibrome (4), Angiome (4), Adenome (3); Carcinome auf Grund gutartiger Neubildungen kommen häufiger vor. Prognostisch am günstigsten ist der Scirrhus, sehr ungünstig das weiche Carcinom. Blutungen sind beim Zottenkrebs häufig schon früh, beim Scirrhus zur Zeit der Ulceration. — Bis 1880 waren nur 49 Blasentumoren beschrieben, jetzt ist die Zahl auf 385 gestiegen. Unter 1337 Geschwülsten des pathologischen Instituts in Wien befanden sich 36 Blasentumoren. Auf 384 Fälle bei Männern kamen 37 bei Frauen, auf 106 Carcinome 36 andere Geschwülste. Redner hat 11 Polypen und 6 Carcinome gesehen. Plötzlich eintretende Blutungen bilden oft das erste Symptom; dieselben kehren oft erst nach Monaten, selbst Jahren wieder. Urinieren in 3 Portionen, oder portionenweise mit dem Katheter den Urin entleeren und dann mit sterilisiertem Wasser nachspülen dient am besten zur Bestimmung des Ursprunges des Blutes aus der Blase. — Schmerzen und Harndrang sind oft bei malignen Geschwülsten vorhanden; Harnverhaltung kann durch Verlegung der Urethralmündung entstehen. Ausgestofsene Stücke, mit dem Küsterschen Löffelkatheter entfernte Stücke erleichtern die Diagnose. Die Digitalexploration, bei Männern nach der Boutonnière, oder das Cystoskop führen auch zur Erkenntnis. Blutfreier Blaseninhalt mufs natürlich bei der Anwendung des Cystoskops vorausgesetzt werden. Die Prognose ist sehr ernst, Spontanheilungen durch Ausstofsung der Tumoren selten. Die Blutungen können lebensgefährlich werden. Operative Entfernung ist dringend indiciert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der Harnblasenbrüche, von H. Aue. (*Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 35. pag. 351.) Ein 47jähriger Mann leidet seit 6 Jahren an spinaler Lähmung der Extremitäten, zeitweiser Harnverhaltung und habitueller Verstopfung. Unter dem rechten Poupartschen Bande war wiederholt im Laufe von 31 Jahren unter Darmeinklemmungserscheinungen ein jedesmal reponierter, hühnereigrofser Tumor hervorgetreten. Nach einer seit 3 Tagen wieder bestehenden Einklemmung wurde zur Operation geschritten, und dabei eine glattwandige, als Bruchsack angesehene Höhle eröffnet, welche sich später als Blase erwies. Die Einklemmungssymptome hörten sofort auf; nach langem, schwerem Krankenlager (Fieber, Bronchitis, Cystitis, Erysipel, Decubitus) Genesung. — 59 zum Teil allerdings nur flüchtig beschriebene Fälle hat Verfasser aus der Litteratur zusammengestellt; darunter befanden sich 43 Leistenbrüche (dreimal doppelseitig), 8 Perinealbrüche (zweimal doppelseitig), 3 Hern. obturator., 2 Hern. lin. alb., 2 Hern. crural., 1 Hern. ischiadica. Leistenbruch war bedeutend häufiger bei Männern, Perinealbruch bei Frauen, die übrigen waren nur bei Frauen vorhanden. Unter 40 Jahren waren nur 4 Fälle alt, zehnmal bestand Lithiasis. Selten fiel die ganze Blase, meistens nur der vom Peritoneum nicht überzogene Teil vor. Die richtige Diagnose wurde 15 mal vor, 16 mal während, 28 mal nach der Operation gestellt. — Therapeutisch spricht Verfasser sich für die radikale Operation der Hernie aus, ist aber gegen die Resektion des prolabierten Blasenteils.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Polyp der Blase, von Leonhard Görl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 19.) Die 42 Jahre alte Frau leidet seit 6 Wochen an stärkerem Harndrang, so dafs sie zeitweise den Urin nicht halten konnte; 14 Tage später hatten die Erscheinungen so zugenommen, dafs sie Tag und Nacht alle halbe Stunden urinieren mufste. Der Urin ist klar, eiweifs- und blutfrei, kein Symptom eines Fremdkörpers, keine Anomalie der Urethra zu finden. Defäkation begleitet oft das Urinieren. Die angenommene Störung der Sphinkterinnervation schien durch den Erfolg der Elektri-

cität, die vorhandene Steigerung der Sehnenreflexe, eine Pupillendifferenz bestätigt zu werden. Dennoch ergab das Cystoskop einen kleinen Polypen am Blaseneingang, der in der Flüssigkeit flottierte. Die operative Entfernung erwies sich als unnötig, da der Polyp wahrscheinlich bei der Einführung der Specula abgequetscht und bei der folgenden Blutung abgegangen war. Der Harndrang hörte auf, die Insufficienz blieb noch bestehen, wird aber wohl schwinden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von Drainage der Blase durch das Perineum, von ANDREW KEY. (*Lancet.* December 1892. No. 24.) Der 54 Jahre alte Patient litt 1880 bereits seit 10 Jahren an reizbarer Blase, die auf Prostatahypertrophie zurückgeführt wurde. Ende 1889 nahmen die Beschwerden sehr zu, und es bildete sich ein Diabetes insipidus (3 Liter Urin von 1006 spez. Gew. täglich) aus. Da sich der Harn trotz regelmäfsigen Katheterisierens nicht vollkommen entleerte, führte ANNANDALE 1890 den Dammschnitt aus, wobei er eine Prostata von solcher Gröfse fand, wie er sie noch nie gesehen; hinter ihr lag ein tiefer Sack, aus dem sich trotz Urinierens vor der Operation noch eine Weinflasche Urin entleerte. Drainage. Nach 8 Tagen entstand eine Phlegmasie an beiden Beinen mit Schüttelfrösten und starken Schweifsen. Trotzdem nach 7 Monaten Genesung, Abnahme der Urinmenge, Steigerung des spezifischen Gewichts. Ein mit Hahn versehenes Rohr schlofs die Fistel, nur eintägig pflegten etliche Tropfen vorbei zu fliefsen. Wenn Verfasser die pyämischen Erscheinungen auf Veränderungen des Blutes durch den Diabetes insipidus schiebt, so ist das doch zweifelhaft. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die temporäre Resektion der Symphyse als Hülfsoperation bei Exstirpation von Blasentumoren, von v. BRAMANN. (*Verhandl. d. Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte.* Halle 1891.) Die temporäre Resektion der Symphyse führte Verfasser in zwei Fällen aus und erreichte später knöcherne Vereinigung. Nach einem Medianschnitt und einem Querschnitt auf der Symphyse wird das Periost durchtrennt und ein Stück Knochen samt den Ansätzen der Musc. recti abgemeifselt, welches nach der vollkommenen Durchtrennung bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse in die Höhe weicht. Die Vereinigung wird nachher bei Flexion der Beine in der Hüfte und entsprechender Lagerung durch Periost oder Knochennäthe vollzogen. Halbsitzende Lage mit flektierten Beinen empfiehlt sich für die ersten 8—10 Tage. — Auch für Operationen im kleinen Becken ist diese Voroperation zweckmäfsig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnröhre und Blase, von S. GROSGLIK. (*Medycyna.* 1892. pag. 48—51. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1893. No. 17.)

1. Einem 22jährigen Knecht entglitt eine Nadel, mit der er die Harnröhrenmündung reizte. Dieselbe wurde am Damm knapp vor der Afteröffnung gefühlt. Fixation an dem der Blase zugewendeten Ende vom Mastdarm aus und Druck von vorne, bis die Nadel die Mastdarmwand perforierte. Heilung.

2. Operation eines Blasensteins bei einem 30jährigen Manne durch Sectio alta; als Kern des Steins fand sich ein Paraffinbougie.

3. Ein mit der Diagnose „Lithiasis vesicae, Cystitis, Prostatitis et Urethritis purulenta" aufgenommener 29jähriger Mann hatte in der Blase einen 8 cm langen elliptischen Stein, dessen Kern ein dünnes Holzstäbchen bildete. Dasselbe, wegen Harnverhaltung in die Urethra eingeführt, war angeblich von einem Arzt in die Blase gestofsen. — Patient starb drei Tage nach der Operation an akuter Pyelonephritis.

4. Eine 22jährige, sonst gesunde Magd leidet an Harndrang und anfallsweise auftretender Hämaturie. In der Blase fand sich ein 6 cm langer Phosphatstein, dessen Centrum eine Haarnadel bildete.

5. Eine 35jährige Magd hatte wegen Pruritus vulvae eine Haarnadel in die Harnröhre eingeführt; diese entglitt der Hand und wurde 8 Tage später mit der Kornzange unter Kontrolle des linken Zeigefingers extrahiert. Sie war am Blasenhals eingekeilt. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Blasensteine bei Frauen, von Mankiewicz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 2.) Bei einer 48jährigen Frau, der 11 Monate vorher wegen Myom Uterus, Ovarien, Tuben exstirpiert waren, entleerte sich zuerst spontan ein Stein; ein weiterer wurde 4 Monate später durch Lithotripsie entfernt. Im Centrum des Steins und frei in der Blase fanden sich geschlungene Seidenfäden. Wie diese hineingelangt sind, ist fraglich. Entweder wurde die Blasenwand bei der Uterusexstirpation mitgefafst oder die Ligaturen veranlafsten einen Abscefs, der in die Blase perforierte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

„Intermittierende" Blasensteine. — Dunkle Diagnose. — Perinealschnitt. Heilung. Von Loumeau. (*Gaz. de méd. de Bordeaux.* 1892. No. 14. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1893. No. 17.) Die Blasensteine machen entweder beständig Beschwerden, oder sie sind ganz latent und werden zufällig gefunden, oder sie weisen intermittiernde Symptome auf. Ein klassisches Beispiel letzterer Eventualität führt Verfasser an. Nach gestellter Diagnose wurde der Patient schnell durch Operation von seinen vielfachen Beschwerden befreit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein enorm grofser Harnröhrenstein, von J. Kurbatow. (*Chirurg. Annal.* 1892 Bd. II. H. 4. pag. 548 [russisch]. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1893. No. 17.) Grube fand einmal 162, Civiale 320 Steine in einer Harnröhre; selten aber sind einzelne Steine von mehr als Mandelgröfse gefunden. Verfasser berichtet folgenden Fall: Ein 42jähriger Bauer, dem vor 28 Jahren eine Blasensteinzertrümmerung gemacht war, hat seit 8 Jahren wieder Beschwerden. Am Hodensack trat eine faustgrofse Anschwellung auf; die Urinentleerung war mühsam, wenn auch nicht schmerzhaft. Vor 2 Jahren entleerte sich durch eine Fistel ein taubeneigrofser, grauer Stein. Vor 4 Wochen trat Retention ein; der Hodensack war auf das Fünffache vergröfsert, die Haut rot und gespannt; in der linken Seite einige feine Fistelöffnungen, durch die der Urin im Strahl heraustritt. Die Metallsonde stöfst in der Harnröhre etwa 8 cm tief auf einen Stein, ebenso führt die Sonde von den Fisteln aus auf einen solchen. Operativ wurden nach Entfernung des einen, atrophischen Hodens zwei Phosphatsteine entfernt, die 390,0 resp. 11,25 g wogen. Heilung. Aus der Litteratur führt Verfasser noch 2 Fälle an, in denen die Steine noch gröfser waren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diagnose eines Blasensteins hinter und oberhalb der Symphyse durch das Cystoskop, von Viertel. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 19.) Ein 69 Jahre alter Herr wurde Juni 1890 lithotripsiert, Juli 1890 durch Sectio alta von einem Steinrecidiv befreit. 1892 wurden dann wieder durch Sectio alta drei Steine von 24,0, 9,0, 7,0 und viel Gries entfernt, dabei die prominierenden Seitenlappen der Prostata durch galvanische Glühschlinge abgetragen, die Blase zum Teil genäht Nachbehandlung mit Heberdrainage. — Schon 17 Wochen später wieder Beschwerden; mit dem Cystoskop ist an dem Blasenboden nichts zu finden, aber an der oberen vorderen Blasenwand; hier hing der Stein an einem seiner Zeit zur Naht verwendeten Seidenfaden, um den er sich gebildet hatte. Ohne Cystoskop wäre er nicht zu diagnosticieren gewesen. Durch Incision der Narbe an der betreffenden Stelle wird der Stein entfernt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Indikationen und Ausführung des transversalen hohen Blasenschnitts, von J. Albarran. (*Anal. des mal. des org. génito-urin.* Bd. XI. Heft 2.) Verfasser hat

in 6 Fällen die quere Schnittführung nach TRENDELENBURG zur Eröffnung der Blase angewendet. Die Bauchmuskeln hat er in sorgfältiger Weise durch eine besondere Naht vereinigt und stets primäre Heilung der Muskelwunden erzielt. Niemals hat er später auch nur eine Andeutung eines Bauchbruchs konstatieren können. Wo es sich um ausgedehnte Resektionen der Blasenwand in ihrem unteren Teile, um Operationen an der Prostata und den retrograden Katheterismus handelt, wenn die Blase nicht ausgedehnt werden kann oder die Peritonealumschlagsfalte dicht oberhalb der Symphyse durch entzündliche Adhäsionen fixiert ist, — in allen diesen Fällen ist die quere Schnittführung vorzuziehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hoher Blasenschnitt zur Entfernung abgekapselter Blasensteine, von E. WICKMANN. (*Gaz. méd. de Paris.* 1892. No. 45.) Bei der ersten Untersuchung des Patienten wurde zweifellos ein Stein in der Blase konstatiert, aber weder bei der beabsichtigten Lithotripsie, noch bei der Sectio mediana konnte man denselben finden. Bei der ein Jahr später ausgeführten Sectio alta fanden sich zwei kleine, abgeschliffene Steine in einer Cyste der Blasenwand hinter dem Mittellappen der Prostata. Der Hals des Sackes war eng und zog sich bei Berührung zusammen. Die Steine bestanden hauptsächlich aus Harnsäure. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Extraktion eines Blasensteins um eine Haarnadel durch hohen Blasenschnitt, von BIVONA. (*Riform. med.* 13. Februar. 1893. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1893. No. 17.) Bei einer 16jährigen Patientin hatte sich um eine Haarnadel, deren Enden im Septum vesico-vaginale resp. in der Vagina lagen, ein 52,0 schwerer Stein gebildet, der durch Sectio alta entfernt wurde, da er sich mit dem Lithotriptor nicht fassen liefs. Da der untere Teil der Blasenwunde wegen Kollaps und tiefer Lage nicht genäht werden konnte, wurde Heberdrainage verwendet. Heilung in 26 Tagen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Lithotripsie bei Fettleibigen, von BASIG. (*Gaz. méd. de Paris.* 1892. No. 48.) Verfasser will die Lithotripsie bei Fettleibigen stets der Sectio alta vorgezogen wissen, da die Operation wegen der Dicke des Fettpolsters grofse Schwierigkeiten mache und die Gefahr der Infektion doch nicht so gering sei. In 6 Fällen hat er bei fettleibigen Steinkranken die Lithotripsie ausgeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Tamponade der Blase nach dem hohen Blasenschnitt, von E. DESNOS. (*Annal. des mal. des org. génito-urin.* Bd. XI. Heft 1.) In 3 Fällen wurde nach der Sectio alta die Tamponade der Blase nötig. Um diese auszuführen, müssen die Blasenränder gut fixiert sein. Die Blase wird mit Jodoformgazestreifen ausgefüllt, deren Ende nach aufsen geleitet wird.

Im ersten Falle handelte es sich um eine ausgedehnte tuberkulöse Ulceration der Blasenschleimhaut; die Tamponade wurde ein Jahr fortgesetzt, dann die Naht der Fistel vorgenommen. Der Patient ist zur Zeit von allen Blasenbeschwerden frei und erfreut sich des besten Gesundheitszustandes. — In den beiden anderen Fällen gaben unstillbare Blutungen im Anschlufs an eine beendigte resp. erst beabsichtigte Geschwultexstirpation die Indikation für die Tamponade, zu der Salolgaze verwendet wurde. Die Wirkung war ausgezeichnet, die Beschwerden nicht nennenswert. Die Erneuerung der Tamponstreifen mufste nach 4—6 Tagen erfolgen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Lichtdruck v. Meisenbach Riffarth & Co., Berlin.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 7. 1. Oktober 1893.

Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen.

Von

Dr. med. et phil. Arnold Sack
in Heidelberg.

(Fortsetzung von S. 62.)

Histologie der Hautextravasate.

Unzweifelhaft bietet die kindliche Haut vermöge ihrer zarteren Struktur und der gröfseren Entwickelung des Fettpolsters bedeutend günstigere Bedingungen für die Entstehung von Extravasaten als die Haut des Erwachsenen. Es wird daher von Interesse sein, dasjenige, was über das Verhalten der kindlichen Haut in der Litteratur niedergelegt ist, zunächst hier im Zusammenhange vorzubringen.

Alois Epstein,[32] der 81 Fälle von Hämorrhagien bei Kindern beobachtet und untersucht hat, sah die Hautblutungen nur selten selbständig, sondern meist mit anderen kombiniert auftreten. Das Blut trat manchmal ins Unterhautzellgewebe und bildete hier bläuliche, durch die Haut schimmernde Extravasate von verschiedener Form (striemenförmig oder unregelmäfsig rund), Anzahl und Gröfse. Meist waren die dem Druck ausgesetzten Partien der Haut Sitz der Blutungen. In drei Fällen waren die Extravasate um die Gelenke gruppiert, an das Verhalten bei Purpura und Skorbut der Erwachsenen erinnernd. Die Haut über den Extravasaten war normal, mitunter aber auch gangränescierend. In zwei Fällen war eine ausgebreitete Ecchymosierung der Hautdecken bemerkbar. Blutungen auf die freie Oberfläche der unverletzten Epidermis hat Epstein nicht beobachtet. Falls solche vorkommen, so ist es mit Reder[33] anzunehmen,

[32] Zur Ätiologie der Blutungen im frühesten Kindesalter. *Österr. Jahrbuch für Pädiatrik.* 1876. Prag.

[33] Virchows *Handbuch d. spez. Path. u. Therapie.* Bd. III. Artikel: Hämorrhagien. pag. 612. — Auch v. Franque (Blutungen aus den Schweifsdrüsen. *Würzburger med. Zeitschr.* Bd. IV. pag. 73) nimmt einen solchen Vorgang an. — Tittel (*Arch. f. Heilkunde.* 1876. Bd. XVII. pag. 63) konnte sogar auf flachen Schnitten durch die Haut eines lebenden, aus Knäueldrüsen blutenden Mannes die Blutkörperchen in den Knäueldrüsengängen demonstrieren.

dafs in solchen Fällen das Blut in die Knäueldrüsen und Haarfollikel sich ergiefse und von da aus erst auf die Oberfläche gelange.

Bezüglich der Häufigkeit der hämorrhagischen Diathese bei Kindern überhaupt schliefst sich EPSTEIN den älteren Autoren an, welche eine gröfsere Disposition der kindlichen Haut zu spontanen Blutungen annehmen. Es hatte ja schon FUCHS auf die Häufigkeit der Purpura hämorrhagica bei Kindern (und Frauen) hingewiesen. Auch LEWIS[34] will 60% der Purpura-Erkrankungen bei Kindern beobachtet haben. Ebenfalls sah NEUREUTHER[35] besonders häufig bei Kindern hämorrhagische Variolaformen, und auch BOUCHUT[36] betont das Auftreten von Extravasaten vorwiegend bei Kindern im Anschlufs an Cholera, Diphtheritis, Croup, Typhus, Septikämie und manche andere akute Krankheiten. Warum nun gerade die Haut und speciell einzelne Partien derselben, wie Achselfalten und Leistenbeugen, bei Kindern so leicht bluten, sucht EPSTEIN dadurch zu erklären, dafs die Haut der kleinen Kinder durch die Exfoliation der Epidermis in Umwandlung begriffen ist. Bei der Zartheit der Kapillaren des jungen Kindes, aus der auch VIRCHOW die zahlreichen hämorrhagischen Zustände der Kinder ableitet, genügt eine nur geringe Veränderung des Aufsendruckes, um den Austritt von Blut aus den Kapillaren zu bewirken. Nun sind die Achselfalte und die Leistenbeuge gerade die Stellen, wo die Exfoliation bei Kindern am längsten sich verzögert.

Als mögliche Ursache der hämorrhagischen Zustände sieht er auch die hereditäre Syphilis an, welche Erkrankungen der Kapillaren herbeiführen soll,[37] wie überhaupt allerlei schwächende Zustände, wie Septikämie, Anämie u. s. w. Ernährungsstörungen der Gefäfse nach sich ziehen können. Für pyämische, skorbutische und typhöse Blutaustritte hatte ja schon früher VIRCHOW[38] die Schädigung der Struktur der Kapillarwandungen mit Recht verantwortlich gemacht.

Sehr wertvolle Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen bei Kindern hat auch RUDOLF FISCHL[39] geliefert. Während RITTER[40] das Zustandekommen von Blutungen im zartesten Kindesalter auf pyämische Infektion, und KLEBS[41] bekanntlich auf spezifische Infektion und Kokkenembolien

[34] S. Sammelbericht in *Österr. Jahrb. f. Pädiatrik.* 1874. II.
[35] *Prager Vierteljahresschr.* Bd. 126.
[36] Infarcts sanguins sous-cutanés. *Comptes rendus de l'acad. franç.* T. 77.
[37] In vier Fällen wurde das Einhergehen der hereditären Syphilis mit den Hämorrhagien durch Sektion bestätigt.
[38] Vgl. O. WEBER, in *Pithas u. Billroths Handb. d. Chirurgie.* Bd. 1. pag. 126.
[39] Zur Kenntnis der hämorrhagischen Diathese hereditär-syphilitischer Kinder. *Arch. f. Kinderheilkunde.* Bd. VIII.
[40] *Österr. Jahrb. f. Pädiatrik.* Bd. II. 1871. — *Jahrb. f. Physiol. u. Pathol. des ersten Kindesalters.* 1868. pag. 48. — *Prager med. Wochenschr.* 1877. No. 21 u. 23.
[41] *Ärztl. Correspondenzblatt f. Böhmen.* Dec. 1874, und *Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. IV. 1875. pag. 473.

zurückführt, tritt FISCHL für die hereditär-syphilitische Grundlage dieser Hämorrhagien ein, worin er mit EPSTEIN (s. oben) und BEHREND[42] übereinstimmt. Nun legt er sich die Frage vor, ob die für syphilitisch erkrankte Gefäße von WAGNER,[43] HEUBNER[44] und SCHÜPPEL[45] geforderten Veränderungen, wie Verdickung der Gefäßhäute, speciell der Intima, auch in solchen Fällen von Blutungen bei hereditär-syphilitischen Kindern wirklich gefunden werden und somit für die Erklärung der Blutungen verwertet werden können. Zwar hatte SCHÜTZ[46] s. Z. in einem Falle mikroskopische Veränderungen, namentlich an kleineren Arterien, bestehend in Verdickung von Muscularis und Adventitia, aber nicht der Intima, beschrieben. Die syphilitische Natur des Leidens wurde aber durch die Sektion nicht vollständig klargelegt, so daß dieser Befund nicht besonders überzeugend ist, besonders da FISCHL ähnliche Verhältnisse auch bei Leichen von nicht syphilitischen, blutenden Kindern, sowie auch bei syphilitischen, aber nicht blutenden nachweisen konnte. Auf Grund von 7 Sektionsbefunden an unzweifelhaft luetischen Kinderleichen, von denen sechs Hautblutungen aufwiesen, verneint er das von seinen Vorgängern mit solcher Bestimmtheit aufgestellte Postulat einer spezifischen Gefäßerkrankung. Wir wollen hier die auf die Haut Bezug nehmenden mikroskopischen Untersuchungen von FISCHL ausführlicher anführen.

In einem Falle (No. III), wo syphilitische Hyperplasie der Milz und der Leber gefunden wurde, ergab die Untersuchung der Hautecchymosen folgendes. Einzelne Gewebestrata normal. Die Blutung erfolgte in das Fett und sein interstitielles Bindegewebe und erzeugte dadurch Lockerung und Kompression der Fettzellen. Hautvenen waren prall gefüllt. Arterien größtenteils kontrahiert und leer. Die Gefäßwandung ganz normal, nur, wie bei Neugeborenen überhaupt, die Adventitia stärker entwickelt. Die Hämorrhagien waren teils in der Nachbarschaft, teils entfernt von den Gefäßen. Auch in den inneren Organen fanden sich keine Gefäßanomalien.

In einem zweiten Falle (No. V) mit ausgedehnten Hautblutungen zeigte sich auf vertikalen wie tangentialen Schnitten, daß die Blutung im subkutanen Gewebe den die einzelnen Fettläppchen voneinander scheidenden Bindegewebssträngen folgt, diese auflockert und scheinbar verbreitert. Dieselben sind aber nur auseinandergedrängt und nicht gewuchert. Epidermis, Rete, Drüsen und Follikel sind normal, die Gefäße auch im Centrum der Blutherde, ausgenommen eine durch Blutung bedingte Auf-

[42] *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin.* 1878. No. 25 u. 26.
[43] *Arch. der ges. Heilk.* 1863. Bd. IV.
[44] *Luetische Erkrankung der Hirnarterien.* 1873. Leipzig.
[45] *Arch. der ges. Heilk.* 1870. Bd. XI.
[46] *Beiträge z. pathol. Anatomie.* II. Prag 1880. pag. 96.

wühlung der Adventitia, nicht weiter verändert. Es sind weder Wucherungen der Intima noch Thrombosen des Inhalts wahrzunehmen.

In einem dritten Falle (No. VII) schliefslich fand FISCHL wiederum keine Gefäfsveränderungen im Hautgewebe und an den Gefäfsen. Hier verteilte sich die Hämorrhagie auch meist dem Verlaufe der Bindegewebszüge des subkutanen Fettes folgend oder auch zwischen sie eindringend.

In keinem einzigen der erwähnten 7 Fälle fanden sich auch irgendwelche Gefäfsveränderungen in den inneren Organen.

Daraus zieht FISCHL den berechtigten Schlufs, dafs, da bei Blutungen der syphilitischen Kinder spezifisch-syphilitische oder sonstige Erkrankung der Gefäfse vermifst wird, von der Aufstellung einer besonderen Form von Syphilis haemorrhagica nicht die Rede sein kann. Es fehle ja jedes pathologisch-anatomische Kriterium für solches Vorgehen. Wenn SCHÜTZ dagegen die Verdickung der Muscularis und der Adventitia für pathologisch oder gar spezifisch hält, so liege darin eine Überschätzung der Dignität dieser Erscheinung, die auch im Kontraktionsgrade des Gefäfses begründet sein kann. Nur spezifische Veränderungen der Intima könnten überzeugend sein. Solche fehlen aber gerade.

Mit anderen Worten, für das Zustandekommen der Hämorrhagien kann eine bestimmte Ursache nicht angegeben werden. Bei dem negativen Ausfall der mikroskopischen Untersuchung mufs die Frage als eine zur Zeit noch offene betrachtet werden.

Die andere Frage, ob die Blutungen durch spontane Gefäfsruptur oder diapedetischen Vorgang bedingt seien, wirft FISCHL überhaupt nicht auf.

Etwas vollständiger sind unsere Kenntnisse in Bezug auf die Hautextravasationen bei den Erwachsenen. Der Erste, der dieselben anatomisch genauer studiert hat, ist E. WAGNER gewesen. Wir wenden uns zunächst zu den traumatischen (Quetschungs-) Blutungen. Es waren zumeist oberflächliche, durch bei der Quetschung erfolgte enorme Stauungshyperämie und konsekutive Gefäfszerreifsung entstandene Hämatome der Finger. Da lag das extravasierte Blut zwischen den einzelnen Schichten der Cutis und zwar an der Grenzlinie des Malpighischen Netzes und zunächst dem hellen, den Übergang zur Hornschicht bildenden Stratum lucidum. Das Malpighische Netz und die Knäueldrüsen zeigten keine Spur von ausgetretenem Blute. Das Extravasat selbst bestand aus aneinandergehäuften roten Blutkörperchen, die in einer peripher gelagerten Schicht von netzförmig geronnenem Fibrin eingebettet waren. Andererseits ist hervorzuheben, dafs diese ganz frischen Blutcoagula oberhalb der ganz normalen Stachelschicht ohne jeglichen Zusammenhang mit den Kapillargefäfsen des Papillarkörpers waren, aus welchen diese Blutgerinnsel doch unzweifelhaft herstammen mufsten. Es war an der traumatischen Natur der

Blutung, d. h. an der Rhexis der Gefäfse nicht zu zweifeln, und dennoch war jegliche Kontinuität des blutenden Gefäfses mit der erzeugten Blutlache im mikroskopischen Bilde verwischt! Ein überzeugendes Beispiel dafür, wie schwierig die Beurteilung der mikroskopischen Bilder ist bei Entscheidung der Fragen, wie das vorliegende Extravasat entstanden, woher es stammt und durch welchen Vorgang es herbeigeführt ist.

Nur die Anhäufung von Fibrin könnte in diesem Falle als ein objektives Kriterium einer Haemorrhagia per rhexin angesehen werden, indem wir uns vorstellen können, dafs ein durch Trauma (hier Quetschung) getroffenes Gefäfs ganz plötzlich und unvermittelt einen Teil seines Inhaltes durch einen dabei entstandenen Rifs in seiner Wandung in die Umgebung nach aufsen entleert und, da nun das extravasierte Blut genau so beschaffen ist, wie jedes andere gerinnungsfähige Blut, d. h. die fibrinogenen und fibrinoplastischen Substanzen in genügenden Mengen enthält, die schnelle Gerinnung desselben erfolgt, die sich im mikroskopischen Bilde als ein Netz von Faserstofffäden zu erkennen giebt. Wäre hier das Extravasat dagegen nicht durch Quetschung, also Rhexis, sondern durch langsame, successive Durchsickerung der roten Blutkörperchen, also durch Diapedese entstanden, so wäre diese Vorstellung nicht aufrecht zu erhalten. Man müfste vielmehr annehmen, dafs das Blut, welches diapedetisch die Blutbahn verläfst und ins Gewebe eintritt, ganz andere Zusammensetzung hat, als das normale gerinnungsfähige Blut, und es wäre daher nicht verständlich, wie die Gerinnung in typischer Weise da erfolgen könnte. Eben deswegen gewinnt die WAGNERsche Beobachtung eine besondere Bedeutung, weil sie Fibrin im Gewebe aufdeckt, wo traumatische Blutung per rhexin vorausgegangen war.[47]

Leider steht aber diese Beobachtung ganz vereinzelt da. Man würde also irregehen, wenn man meinen wollte, dafs der Fibringehalt des Extravasates heute schon zum Kriterium der Genese des Letzteren gemacht werden könnte. Mit den gewöhnlichen Reaktionen auf Fibrin kommt man bei der Differenzierung der mikroskopischen Extravasatbilder gar nicht vorwärts. Es ist gewöhnlich sehr schwer, in den Schnitten, die durch Blutflecken geführt sind, solches aufzufinden und zu erkennen,

[47] COHNHEIM (*Vorl. üb. allg. path. Blutung.* pag. 383) wirft ja auch die Frage auf, ob nicht die Gerinnung des Extravasates zum Kriterium seiner Geschichte gemacht werden könnte, kommt aber zu keinem bestimmten Schlufs, da erfahrungsgemäfs gerade die hämorrhagischen (entzündlichen?) Exsudate gewöhnlich gleichzeitig auch fibrinöse sind. Mir scheint diese Begründung insofern schwach zu sein, als bekanntermafsen hämorrhagisch-entzündliche Exsudate und hämorrhagische (nicht entzündliche) Extravasate gar nicht dasselbe sind, und wenn wir bei nicht entzündlichen hämorrhagischen Extravasaten bleiben wollen, die für uns hier fast ausschliefslich in Betracht kommen, der Fibringehalt ein gar nicht zu unterschätzendes Merkmal ist und bleibt. Viel dankenswerter erscheint mir deswegen der Versuch UNNAS (Artikel - Blutung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891), dieses Moment der Gerinnung für die Unterscheidung der beiderlei Blutungen heranzuziehen und zu verwerten.

und unter all den histologischen Beschreibungen von Hämorrhagien, die uns vorliegen, findet sich kaum irgendwo ein Hinweis auf das regelmäfsige Vorkommen von Fibrinnetzen im hämorrhagisch-afficierten Gewebe. Dafs solche innerhalb der Gefäfse selbst gefunden werden, sagt zur Sache selbst natürlich gar nichts.

Wenn es nun WAGNER gelungen war, Fibrin nachzuweisen — und zwar mehr vermöge der charakteristischen Struktur desselben, als durch die zu seiner Zeit noch gar nicht bekannten Fibrinmethoden —, so wird es vielleicht seinen Grund darin haben, dafs die von ihm untersuchten traumatischen Blutungen sehr oberflächlich lagen, und daher das ins Gewebe ergossene Blut viel mehr der Einwirkung der atmosphärischen Luft ausgesetzt war, als es bei tieferen Hautblutungen geschieht, wo die Blutflüssigkeit ins Corium eindringt. Daher vielleicht auch die rasche und evidente Gerinnung.

Thatsache ist aber, dafs bei subkutanen und kutanen Extravasaten die üblichen Methoden der Fibrintinktion nicht ausreichend sind, um den Faserstoff mit Sicherheit zu entdecken. Daraus folgt aber gar nicht, dafs es überhaupt nicht möglich wäre, Spuren von Fibrin, das bei unseren Methoden im Gewebe latent verbleibt, darin zu finden. Es kommt ja auch auf die Verfeinerung der Methoden für den Nachweis desselben an. Sind aber die geeigneten feineren Methoden wirklich gefunden, so würde sich vielleicht auch aus den Mengen des in den Maschen des hämorrhagisch-afficierten Gewebes vorfindlichen Fibrins immerhin ein wenn auch bedingter Schlufs auf die Natur des Extravasates ziehen lassen. Im speciellen Teil weiter unten werde ich über einige in dieser Richtung vorgenommene Versuche berichten.

Die Studien WAGNERS über die hämorrhagische Pocke[48] können wir hier übergehen, da sie das Gebiet der sekundären hämorrhagisch-entzündlichen Exsudate streifen, während wir hier die Entstehung der unvermittelten Blutung ins Gewebe studieren. Dagegen greifen wir aus seinen Aufzeichnungen über die Blutungen bei Skorbut und hämorrhagischer Diathese einiges heraus, was für uns Wert hat. Von einem Fall von schwerem Skorbut[49] wurden gegen zwölf Hämorrhagien der äufseren Haut mikroskopisch untersucht. Dieselben waren unregelmäfsig, ästig und lagen im lockeren Gewebe zwischen den festen Bindegewebsbündeln des oberen Coriums. Sie bestehen selten und nur stellenweise aus noch erhaltenen roten Blutkörperchen, meist nur aus einer rötlichen Molekularmasse mit spärlichen Fettmolekülen, hier und da auch aus kleinen, glänzenden, roten Pigmentkörnern. Die Epithelien der Haut, der Drüsen, der Haar-

[48] l. c. Bd. IX. pag. 505.
[49] l. c. Bd. X. pag. 349.

bälge waren an den meisten Stellen ganz normal: es fanden sich nirgends in oder zwischen ihnen rote Blutkörperchen.

Über die Wege, auf welchen die roten Blutkörperchen das Gefäfslumen verlassen, ergaben aber WAGNERS Untersuchungen nichts. Ebensowenig fand er eine Ursache für den Durchtritt der roten Blutkörperchen. Veränderungen in den betreffenden Gefäfsen waren nicht nachweisbar. Wie sich das Endothel der kleinsten Gefäfse verhielt, kann WAGNER nicht sagen, an gröfseren Gefäfsen fand er dasselbe unverändert. Dafs die Blutungen einer Stauungshyperämie ihre Ursache verdankten, liefs sich gleichfalls nicht nachweisen; somit fällt aber auch der Vergleich mit COHNHEIMS Experimenten darüber[50] weg und fehlt jede Handhabe für die Statuierung eines diapedetischen Vorganges.

Eine dritte Arbeit von WAGNER über Purpura und Erythem[51] berücksichtigt hauptsächlich nur Klinisches.

Im Jahre 1870 legte G. HAYEM[52] der Pariser Biologischen Gesellschaft zwei interessante Beobachtungen mit histologischen Befunden vor, welche ein gewisses Licht auf die Veränderungen der Gefäfse zu werfen schienen.

In einem Fall (tötlich verlaufene multiple Hämorrhagien bei einer phthisischen Frau) fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung einer durch die ganze Dicke der Haut durchgehenden Ecchymose neben leeren abgeplatteten, durch den Bluterguſs wahrscheinlich komprimierten Gefäfsen auch eine ganze Reihe mit roten Blutkörperchen vollgestopfter kleiner Venen und eine gewisse Anzahl von obliterierten (?) kleineren Arterien, deren Intima mehr oder weniger verdickt war, so dafs ihre Lichtung zur Unkenntlichkeit verkleinert war. Diese „obliterierten" Arterien (artérioles oblitérées) enthielten trotz der „Obliteration" allerlei Dinge, wie rote Blutkörperchen und feingekörnte fibrinöse Massen. Alle diese Gefäfse liegen beinahe ausschliefslich in den dickeren Bindegewebssepten des Unterhautzellgewebes in der nächsten Nachbarschaft des ecchymotischen Fleckes.

In einem anderen Falle, wo die Ecchymose ebenfalls Cutis und Subcutis durchsetzte und zwar so, dafs die Basis des beiläufig konisch geformten Extravasates nach der Art eines Infarktes gegen die Epidermis, und seine Spitze gegen die Subcutis gerichtet war, fand HAYEM an der Spitze des Conus eine etwa 2 bis 3 mm dicke Arterie mit deutlicher hyperplastischer Endarteritis. Ihr Lumen war durch ein aus roten Blutkörperchen und Fibrin zusammengesetztes Gerinnsel gänzlich verstopft.

[50] S. oben Kapitel: Rhexis oder Diapedesis. S. 57.
[51] *Deutsches Arch. f. klin. Medicin.* Bd. XXXIX. 1886. pag. 431.
[52] *Du sang et de ses altérations anatomiques.* Paris 1889. pag. 762. — *Comptes rendus de la Soc. de Biologie.* 1870. pag. 24.

Auch ihre in den hämorrhagischen Herd eindringenden Ästchen zeigten dieselben endarteritischen Veränderungen und die gleichen Gerinnsel.

In beiden Fällen bestand das Extravasat ausschliefslich aus dichtgedrängten roten Blutkörperchen ohne fibrinöse Beimengungen.

Schliefslich beobachtete HAYEM noch einen dritten in Genesung übergegangenen Fall von Purpura,[53] wo es nach seinem Dafürhalten aus der Nekrosierung einer Hautecchymose sicherer Schlufs auf die thrombotische Entstehung solcher „hämorrhagischer Infarkte" der Haut gezogen werden mufs.

(Fortsetzung folgt.)

Die therapeutische Verwertbarkeit des Europhens auf Grund der bisher erschienenen Litteratur.

Von

Dr. P. J. EICHHOFF,
Oberarzt der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis
in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Wie ich vor kurzem in der *Allg. med. Central-Ztg.* 1893, No. 51, 52 u. 53, über das von mir in die Praxis eingeführte Aristol eine vollständige Litteraturübersicht gegeben und daraus über die Verwertbarkeit des Mittels in der Therapie Schlufsfolgerungen gezogen habe, so will ich das im folgenden auch in betreff des ebenfalls durch mich eingeführten Europhens thun, mich dabei möglichst kurz fassen, indem ich einfach die bisher erschienene Litteratur mitteile und daraus die Indikationen für das Europhen ausziehe.

Nach den zwei Jahren, dem Zeitraume der Einführung des Europhens in die Praxis, liegt bereits eine ansehnliche Menge von Berichten über das Mittel vor, welche sich durchweg und ohne Ausnahme günstig über dasselbe aussprechen. Es mufste mir das natürlich zu grofser Befriedigung dienen, und mit Freuden zähle ich deshalb im folgenden in Kürze die durch mich gestellten und von anderen erweiterten Indikationen auf, welche den Gebrauch des Europhens erheischen.

---

[53] *Du sang.* pag. 964, und ORIOU, Lésions des artères dans le purpura hémorrhagique rhumatismae. *Thèse de Paris.* 1877.

Es sind dies:

in der Chirurgie:

Höhlenwunden,
Abscesse,
phlegmonöse, osteomyelitische, tuberkulöse } Processe,
Augenoperationen,
kleinere chirurgische Eingriffe,
Drüsenvereiterungen;

in der Rhino- und Laryngologie:

Rhinitis hypersecretoria,
Rhinitis acuta,
Rhinitis atrophica simplex,
Rhinitis atrophica foetida,
Ulcus perforans septi,
Otitis media,
Phthisis laryngis,
Ozaena,
Erosionen des Septum narium;

in der Dermato- und Syphilidologie:

Ulcus molle,
Syphilis,
Condylomata lata,
Combustio I.—III. Grades,
Cervikalgonorrhoe,
Ulcus cruris,
Ulcus durum,
Circumcisionswunden,
Buboneneiterungen,
Furunkel,
Scrophuloderma,
Lupus exulcerans,
Erysipelas,
Ulcus der Portio vaginalis uteri,
Lues gummosa,
Pityriasis versicolor,
Herpes tonsurans (corporis),
Lepra,
Tuberculosis.

Wie wir sehen, ist es eine ganze Reihe von Fällen, in denen sich das Europhen als gutes Mittel erwiesen hat. Die Reihe derselben ist

aber durchaus noch nicht als abgeschlossen zu betrachten, sondern es wird sich jedenfalls noch weitere Gebiete in Bezug auf seine Wirksamkeit erobern.

Dabei ist es in jeder Beziehung ein ungiftiges und unschädliches, durchaus reizloses Mittel.

Die Art seiner Anwendung beschränkt sich auf die Pulverform, rein oder in Verbindung mit Aristol, mit Zinkoxyd etc. vermischt, auf die Salbenform bis zu 5%, auf Lösung in Kollodium und höchstens als subkutane Injektion.

Was nun die bisher erschienene Litteratur über das Europhen betrifft, so will ich dieselbe hier noch anführen:

Eichhoff: Über dermatotherapeutische Erfolge mit Europhen, einer neuen Jodverbindung. *Therap. Monatsh.* Juli 1891.

Siebel: Über Europhen in bakteriologischer und pharmakologischer Hinsicht. *Therap. Monatsh.* Juli 1891.

Goldmann: Über Europhen, einen neuen Jodoformersatz. *Pharm. Ztg.* Juli 1891.

Petersen: Über Kresoljodid. *Münch. med. Wochenschr.* 1891. No. 30.

Löwenstein: Über Europhen bei Nasenkrankheiten. *Therap. Monatsh.* Septbr. 1891.

Nolda: Über therapeutische Erfahrungen mit Europhen. *Therap. Monatsh.* Oktober 1891.

Vulpius: Europhen, ein Ersatzmittel für Jodoform. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 44.

v. Szoldrski: Über den Nutzen des Kresoljodids bei Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. *Münch. med. Wochenschr.* 1891. No. 43.

Siebel: Europhen bei Verbrennungen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 8.

Gaudin: L'Europhène en injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis. *Journ. des mal. cut.* etc. 1892. No. 1.

O. Petersen: Über Europhen. *Wratsch.* 1892. No. 6.

Rosenthal: Europhen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 11.

Gilbert: Betrachtungen über Europhen. *Balneol. Centralbl.* II. No. 13.

Juan Santos Fernandez: Sur l'emploi de l'Europhène en ophthalmologie. *Chronica Médico-Quirurgica de la Habana.* December 1891. No. 24.

Walter F. Chappell: Europhen in the treatment of throut and nose diseases. *New York med. Record.* April 1892.

Becker: Europhen in minor surgery. *New York med. Journ.* Juni 1892.

Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, Besprechungen im *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin.* 1892.

Shoemaker: Europhen. *Philadelphia med. Bulletin.* September 1892.

Eichler: *Europhen and Aristol.* San Francisco 1892.

Richtmann: Aristol és Europhen. *Gyogyaszat.* 1892.

Eichhoff: Weitere Erfahrungen mit Europhen. *Therap. Monatsh.* Januar 1893.

Noles Powell: Observations on Europhen and Aristol. *The med. World Philadelphica.* December 1892.

William S. Gottheil: Clinical observations on Europhen. *Medical Record.* December 1892.

Ledermann: Treatment of Atrophic Rhinitis. *Annal. of ophthal. and otol. New York.* Januar 1893.

Jasinskiego: Europhen. *Gazeta Lekarska.* März 1893.

Kopp: Europhen in der venereologischen Praxis. *Therap. Monatsh.* März 1893.
Goldschmidt: Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen. *Therap. Monatsh.* April 1893.
Christmann: Über die Wirkung des Europhens auf den Bacillus der menschlichen Tuberkulose. *Centralbl. f. Bakteriol.* 1893. No. 13.
Strauss: Übersicht über neuere Heilmittel in der Dermatologie. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893.
Lieven: Weitere Erfahrungen über das Europhen in der Rhino-Otologie. *Disch. med. Wochenschr.* 1890. No. 16.
Richtmann: Aristol und Europhen. *Wien. ärztl. Centralanz.* August 1890.

Wir sehen, dafs seit zwei Jahren eine ganz beträchtliche Litteratur über das Europhen zu stande gekommen ist.

Von allen diesen Mitteilungen ist nicht eine einzige, welche sich gegen das Europhen ausspricht, sondern alle empfehlen das Mittel für die eine oder andere der oben mitgeteilten Affektionen.

Es ist uns dies eine sichere Gewähr dafür, dafs das Mittel gut ist und sich nicht nur in der Praxis behaupten und weiter bewähren, sondern auch noch neue Indikationen finden wird.

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Mai 1893.

(*Deutsche med. Woch.* 1893. No. 21.)

Drei Carcinomfälle stellt v. Bergmann vor, die illustrieren, dafs bei ausgedehnter Erkrankung doch das Messer Heilung ohne Recidive bewirken kann und deshalb der chirurgische Eingriff allen sonstigen Behandlungsarten überlegen ist.

Ein Carcinom des Nebenhodens mit cystischer Degeneration des Hodens demonstriert Gluck; der zweite Hoden ist doppelt so grofs, wie ein normaler, und funktionstüchtig.

Ascher stellt eine Frau vor, die 1/4 Jahr nach einem Falle Ptosis am rechten Auge, fast vollständige Lähmung des Oculomotorius, Trochlearis und Abducens, Anästhesie und Paralyse der rechten Gesichtshälfte, Borken auf der Stirngegend und geschwürigen Zerfall auf der rechten Nasenseite, Pulsverlangsamung (Vagusreizung!), leichte Abweichung der Zunge zeigt. Es kann nur eine Blutung in dem Kern des Facialis mit fortschreitender Degeneration angenommen werden.

„Beitrag zur Therapie der Hautkrebse" lautet der Vortrag von Lassar, wobei er zunächst betont, dafs er sich nicht für berechtigt hält, die an Hautkrebs gewonnenen Erfahrungen ohne weiteres auf alle Carcinome zu übertragen. In zwei früher behandelten Fällen, die L. citiert, wurden schon Rückbildungen durch Arsengebrauch beobachtet. In jüngster Zeit hat er nun weitere drei Fälle, bei denen mikroskopisch die Diagnose Epitheliom sichergestellt war, mit Arsenik behandelt und Schrumpfung und Vernarbung erzielt. Das prompte Eintreten der Rückbildung nach Einleitung der Kur schliefst eine Selbstheilung aus. (Diskussion wird vertagt.)

Sitzung vom 7. Juni 1893.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 24.)

1. Einen Patienten, dessen **Ulcus rodens durch ein Erysipel geheilt** wurde, stellt APOLANT vor.

2. Einen Fall **amyloider Degeneration nach Syphilis** demonstriert HANSEMANN. Narben in den Nieren, an der Epiglottis, am Zungengrund, mikroskopische, gummöse Wucherungen der Leber bewiesen die Syphilis. Die amyloide Degeneration fand sich in Milz, Nieren, Leber, Darm, Glandula thyreoidea, zahlreichen Lymphdrüsen, Herz.

Auf Querschnitten sieht man in der Herzmuskulatur zwischen den Muskelfasern amorphe Massen, die den Kapillarwandungen und dem Bindegewebe angehören. Nur in Nieren, Darm, der Glandula thyreoidea, den Herzgefäßen ist die Jodreaktion zu erzielen, in den übrigen degenerierten Teilen nicht. Eine charakteristische Reaktion zeigte sich hier aber gegen Gentianaviolett mit Essigsäure. Durch saure Anilinfarben war die amyloide Substanz nicht zu färben, neutrale Farben färbten sich schwach, dagegen zeigte sie eine ausgesprochene Verwandtschaft zu stark alkalischen Farben, z. B. LÖFFLERschem Methylenblau.

VIRCHOW hält diese Beobachtung für eine sehr wichtige zur Bereicherung unserer Kenntnis vom Amyloid.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der „Gesellschaft der Ärzte in Zürich" demonstrierte RIBBERT Präparate von:

1. **Spina bifida occulta sacro-lumbalis mit Hypertrichose** von Haselnußgröße, bei einem 22jährigen Patienten, der an einer Phlegmone ex ulcere perforante pedis gestorben war. Bezüglich der Entstehung der Haarbüschel über solchen Gebilden glaubt MONAKO-Zürich, daß dieselben als Ausdruck einer an der schwachen Stelle zum Zwecke der Überwindung des Schließungshindernisses lokal gesteigerte Wachstumsenergie oder vielmehr als Residuen einer solchen (??) aufgefaßt werden müssen.

Anschließend hieran demonstriert C. BRUNNER Abbildungen über einen Fall von Spina bifida der Halsrückenwirbel, die „Dame mit der Pferdemähne" betreffend (*Verh. der Berl. anthropol. Gesellsch.*, Sitzung vom 18. Juni 1892);

2. **Pseudohermaphroditismus masculinus internus**, von einem Erwachsenen. Von der Harnröhre aus läßt sich ein langer Uterus mit in den mittleren Teilen undurchgängigen Tuben sondieren; die eine endet mit Fimbrien in der Bauchhöhle, die andere geschlossen. Neben dem Uterus liegen die gewundenen Samenbläschen, von denen das eine blind endet, das andere in die Vagina mündet. Sie setzen sich in Vasa deferentia fort, die zu Hoden führen; einer derselben liegt unterhalb der Tubenmündung, einem Ovarium ähnlich am Ligament. lat.; keine Spermatozoen;

3. einer **syphilitischen Lunge** mit nekrotischem Herde im Unterlappen, welcher zum großen Teile durch einen Spalt von der derb infiltrierten Umgebung getrennt war. In der Bifurkation strikturierende Narben. (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1893. No. 10.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 19. Mai 1893.

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1893. No. 22.)

Drei Fälle von Kavernomen stellt GLEICH vor, die teils durch ihre Größe, teils durch ihre Lage von Interesse sind:

1. Das 17jährige Mädchen hatte von Geburt ein bohnengroſses Angiom der linken Zungenhälfte, welches besonders in der Pubertät bedeutend zunahm, so daſs die Gröſse der Zunge auf das Dreifache wuchs, Sprache und Nahrungsaufnahme erschwert waren. Nach Unterbindung der Lingualis, die schon den Tumor auf die Hälfte verkleinerte, Exstirpation desselben. In letzter Zeit an Zunge und Unterlippe von neuem Kavernombildung.

2. 17jähriger Gymnasiast hat gleichfalls in der Pubertät gewachsene kavernöse Geschwülste am rechten Unter- und Oberarme, so daſs die ganzen Weichteile sich teigig anfühlten. Wenn der Arm herunterhing oder ein Druck auf die oberen Partien ausgeübt wurde, stellten sich lebhafte Schmerzen ein. Teilweise Excision.

3. Ein 30jähriger Kaufmann hat ein über mannskopfgroſses Kavernom der linken Hinterbacke. Die Geschwulst wuchs stetig bis zum 16. Lebensjahre, seitdem blieb sie stationär. Jedoch traten bedeutende Varikositäten an der ganzen Extremität auf mit teilweise über eigroſsen Varixknoten, die stellenweise Verkalkungen enthalten.

Die Schmerzen in der Nacht veranlassen Patienten, um Hülfe zu bitten. Billroth hat ihm eine komprimierende Bandage anfertigen lassen, da die Operation eine zu ausgedehnte werden würde. Die Wirkung der Bandage muſs abgewartet werden.

Einen Fall von Erythromelalgie stellt Heinrich Weiss vor. Die 14jährige, lange wegen angeblichen Gelenkrheumatismus behandelte Patientin zeigt die Haut über den Fuſsknöcheln tief gerötet, feucht, turgescent. Die leiseste Berührung von Zehen, Fuſssohle, weniger von der Ferse ist intensiv schmerzhaft; die Schmerzhaftigkeit betrifft aber die Haut, nicht die Gelenke. Über den Knöcheln oft sehr starke Hyperidrosis. Das Gehen bereitet groſse Schmerzen; kaltes Wasser lindert den Schmerz nicht. Patientin ist noch nicht menstruiert und frei von jeder Äuſserung der Hysterie. Dennoch trat auf Ansetzen eines Magneten scheinbar Besserung ein. Drei Tage nach der Vorstellung nahm die Hyperidrosis noch erheblich zu, und es traten einzelne, weiſs gefärbte, macerierte Hautstellen hervor. Ein Leiterscher Kühlapparat an der unteren Wirbelsäule bewirkte Nachlaſs der Schmerzen und des Schwitzens. In letzter Nacht zeigte sich auch eine bedeutende Hyperidrosis der Hände mit Rötung derselben. Benedikt will den Fall als schmerzhaften Schweiſsfuſs bezeichnen.

Kaposi hält in der Diskussion die Aufstellung eines neuen Namens „Erythromelalgie“ für die Symptomengruppe für unzweckmäſsig. Das Leiden gehört zu den häufigen Fällen mangelhafter Energie des Gefäſssystems. Diese bewirkt Hyperidrosis, dadurch Bloſslegung der Papillarnerven und Schmerzen. Andere Kranke der Art leiden nur an nassen, kalten Händen.

(Diese Ansicht ist wohl nicht ganz zutreffend, denn die Hyperidrosis macht nicht das Wesentliche des Krankheitsbildes aus und steht durchaus nicht stets in einem bestimmten Verhältnis zu den Schmerzen. Es müssen sicher auch noch andere Nerven alteriert sein, als die der Gefäſsinnervation dienenden. D. Ref.)

Demonstration eines Falles von Herpes zoster gangraenosus hystericus. Riehl stellt ein 18jähriges Mädchen, welchem vor 2 Jahren eine Geschwulst am Schenkel exstirpiert und die Wunde nach Thiersch transplantiert war, die aber später ulcerierte. Im December 1892 kam Patientin mit einer thalergroſsen gangränösen Stelle in Behandlung, die trotz regelrechter Antiseptik nicht überhäutete. Unter einem festen Verbande traten noch andere gangränöse Stellen auf, so daſs der Verdacht der Simulation fallen gelassen wurde. Merkwürdigerweise wurde auch die nach Thiersch überpflanzte Stelle gangränös. Die weitere Untersuchung ergab anästhetische Hautstellen, Einschränkung des Gesichtsfeldes bei normalem Spiegel-

befunde. Wegen fehlender Hyperästhesie schliefst Verfasser den eigentlichen Zoster aus und legt das Leiden der Hysterie zur Last.

Über den Phosphorsäuregehalt des Harns spricht FREUND. Die Phosphorsäure, im Harn an Salze gebunden, stammt aus der eingeführten Nahrung und der Zersetzung phosphorsäurehaltiger Körperbestandteile. Die tägliche Menge der Salze beträgt 2½—3 g, bei fieberfreien Processen, chronischer Anämie, Morbus Brightii mehr. Durch Ammoniak und Magnesiamixtur entsteht ein Niederschlag. Verfasser hat Harne gefunden, die danach klar blieben und also keine Phosphorsäure enthielten, so kurz nach dem Eintritt von Pneumonie. Gleichzeitig nahmen die Chloride ab. Eine Verminderung fand sich auch während des Schüttelfrostes bei Malaria. Es liegt das daran, dafs die Phosphate im Körper zurückgehalten werden.

Einen Fall von Tuberkulose der Oberlippe und über die GERSUNYsche Methoden der Deckung von Wangendefekten, von v. EISELSBERG. (Demonstration.)

1. Ein 52jähriger Mann bekommt ein hirsekorngrofses Knötchen an der Oberlippe, das excidiert und ausgebrannt wurde. Nach darauffolgender luetischer Infektion Vergröfserung des Geschwürs. Es entsteht ein haselnufsgrofser Tumor, der sich mikroskopisch als tuberkulöser erweist. Excision, Ätzung, Plastik. — Prof. STOERK bemerkt dazu, dafs er einen jungen Mann beobachtet hat mit daumengrofsem, tuberkulösen Geschwür der Oberlippe, welche unter galvanokaustischer Behandlung überharbte. Später Tod an Phthise.

2. Der plastische Ersatz der Wangendefekte nach Noma etc. führt zum Einrollen des Lappens, zur Kiefersperre, Neurose, oder bewirkt beim Verfahren nach THIERSCH eine Fistel an der Drehungsstelle des Lappens, die eine zweite Operation nötig macht. Nach GERSUNY wird die Haut des Lappens zu beiden Seiten unterminiert, der Lappen so eingenäht, dafs die äufsere Fläche nach der Mundhöhle sieht, die wunde Fläche sodann durch einen zweiten Lappen gedeckt. Die haarfreie Haut unter dem Auge eignet sich besser dazu. Wo die ganze Wange fehlt, wird der Lappen aus der Submentalgegend bei ad maximum geöffnetem Munde genommen. Sieht der Lappen etwas suspekt aus, so setzt man Blutegel an den Rand, um die Circulation in den Gang zu bringen. Ein 44jähriger Mann, dem wegen eines Neoplasmas die Wange exstirpiert und nach GERSUNY ersetzt war, wird demonstriert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Heft V.

I. **Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura**, von E. FINGER.

Das Erythema multiforme kann sich symptomatisch zu verschiedenen Infektionskrankheiten, zu Entzündungs- und Eiterungsprocessen hinzugesellen. So finden wir Cholera, Typhus, Puerperium, Septikämie, Urämie, Endocarditis, Diphtheritis, Tripper und Syphilis, Angina und Tonsillarabscesse mit Erythema multiforme kompliciert. Man kann diese Erytheme bei den einen Krankheiten als toxische Angioneurose bei anderen, so namentlich bei den Eiterungsprocessen, als Metastase bakteritischer Natur, als infektiöse, Erytheme érythèmes infectieuses, dermatites infectieuses, wie BROCQ sie bezeichnet, auffassen. — Einige Autoren, wie HAUSHALTER, SIMON, LEGRAIN, haben i

dem Blute von Erythemkranken Kokken gefunden und sehen das Erythem als direkt bakteritische Erkrankungsform an.

Verfasser hat Gelegenheit gehabt, zwei diesbezügliche Fälle aus dem Institute des Herrn Prof. WEICHSELBAUM anatomisch zu untersuchen.

In dem einen Falle handelte es sich um eine 26jährige Magd, die am 29. August 1887 unter den Erscheinungen hohen Fiebers, allgemeiner Prostration in soporösem Zustande in die Klinik aufgenommen wurde. Drei Tage vor dem am 11. September 1887 erfolgten Tode entwickelten sich am Stamm und an den Extremitäten, an Hand- und Fufsrücken zahlreiche, fast linsengrofse, entzündlich gerötete Knötchen eines Erythema papulatum und gaben Veranlassung, den Fall als Typhus exanthematicus zu diagnosticieren.

Die Sektion ergab jedoch eine ausgebreitete diphtheritische Schleimhautentzündung, die am weichen Gaumen und Zungenrücken begann, den Pharynx einnahm und sich von hier durch den Oesophagus auf den Magen erstreckte; ferner konstatierte man Pericarditis, beiderseits Pleuritis, Lungeninfarkte und metastatische Herde in den Nieren und im Myocard. Aus diesen Herden wurden Reinkulturen von Streptococcus pyogenes gewonnen.

Die mikroskopische Untersuchung der an der Leiche etwas abgeblafsten Erythempapeln ergab zunächst die so wenig charakteristischen Befunde des Erythems; dagegen war an Schnitten, die nach GRAM und nach KÜHNES Krystallviolettmethode gefärbt waren, von grofsem Interesse das Vorhandensein zahlreicher, in zierlichen Ketten angeordneter Kokken. Dieselben sitzen meist wandständig in den gröfseren Gefäfsen des Stratum reticulare, erfüllen dicht die Kapillarschlingen der Papillen, der Schweifsdrüsen und sind auch im Inhalt der gröfseren Arterien und Venen des subepidermoidalen und des Fettgewebes nachweisbar. Die gefundene Kokkenform kann man als Streptococcus pyogenes auffassen, da derselbe auch in den metastatischen Herden der Niere und des Myocards nachgewiesen war und bei Diphtherie sehr häufig sekundär auftritt.

Das Erythema papulatum stellt sich, wenn diese Kokken als das ätiologische Moment der Erythempapeln angesehen werden, als metastatische, bakteritische Dermatitis dar, durch Verschleppung des Streptococcus pyogenes mit dem Blutstrom in die Haut entstanden.

Die Sektion des zweiten Falles ergab fettige Degeneration des Herzens, geringes Atherom der Aorta, geringen akuten Milztumor, beiderseits subakute parenchymatöse Nephritis, zahlreiche Flecke von Purpura an Stamm und Extremitäten.

Die mikroskopische Untersuchung der Hauthämorrhagien ergab neben einer grofsen Menge roter Blutkörperchen im Bindegewebe des Papillarkörpers und des Stratum subpapillare zahlreiche polynukleäre Leukocyten und in mäfsiger Menge kleine runde Kokken, die mit dem Blut in die Haut gelangt, durch Läsion der Blutgefäfswand die Hämorrhagien bedingen und in dem Bindegewebe einen entzündlichen Reiz hervorrufen.

In beiden Fällen handelt es sich also um rein bakteritische Dermatitiden, entstanden durch Import pathogener Bakterien mit dem Blute in die Blutgefäfse. — Der zweite Fall war keine reine Purpura, sondern eine hämorrhagische Dermatitis. Verfasser hat 6 Fälle reiner Purpura, die zu Endocarditis, Pneumonie, Diphtherie hinzutrat, untersucht und das obige Resultat, was die Mikroorganismen betrifft, nicht erhalten.

II. **Über Argyrie im Vergleich zur Siderose**, von R. KOBERT-Dorpat.

Man unterscheidet eine akute und chronische Form der Argyrie.

Die chronische Form entsteht: 1. bei Arbeitern, welche fortwährend mit silbernen Gegenständen hantieren und dabei Silberstaub resp. Silberpulver rein mechanisch in die Haut der Finger hineinpressen. (Gewerbeargyrie.) Die feinen Silberkörnchen liegen zunächst im Epithel, gelangen später unter langsamer chemischer Umwandlung in die Tiefe, ins Bindegewebe des Papillarkörpers und noch tiefer und rufen eine nicht mehr zu entfernende, schwärzliche Verfärbung der Haut hervor.

2. Durch äufserlichen, 3. durch internen Gebrauch von Höllenstein. Vereinzelt ist das Zustandekommen der Argyrie durch Tragen einer Silberkanüle.

Die ersten wahrnehmbaren Symptome der Argyrie treten meist am Saume des Zahnfleisches oder an den Nagelgliedern der Finger auf. Das Zahnfleisch nimmt eine mehr violette Farbe an, später verfärbt sich das Gesicht, die ganze Körperhaut, auch innere Organe. Es werden Beispiele berichtet, wo durch Verschlucken von Höllensteinstücken Menschen argyrotisch geworden sind. In anderen Fällen ist Argyrie nicht eingetreten. Schwere Erkrankungen können durch den Höllenstein vorkommen, so namentlich Magengeschwür, Nierenentzündung und Lungenschwindsucht. Andererseits erfreuen sich argyrotische Leute eines guten Allgemeinbefindens.

Was die Lokalisation der Argyrie betrifft, so fand man am Menschen nie argyrotisch die Epithelzellen irgend eines Organes, die Muskeln, Nerven und die kompakte Knochensubstanz. Stets fand man die argyrotische Schwarzfärbung auf bindegewebige Organteile, wie Plexus choriodei, Panniculus adiposus, Tunica propria der Talg-, Schweifs- und Schleimdrüsen, Knochenmark, Synovialhäute der Gelenke, Intima und Adventitia der Gefäfse, Dura mater etc. lokalisiert.

Das Silberpigment lag stets extracellulär und war nicht in Lösung, sondern in Form von Körnchen vorhanden. Die Silberpigmentkörnchen geben in mikroskopischen Schnitten folgende Reaktionen:

1. Sie sind unlöslich in Essigsäure und verdünnten Mineralsäuren.
2. Sie sind unlöslich in fixen Alkalien, aber auch in Ammoniak.
3. Bei Zusatz starker Salpetersäure entfärben sie sich, ohne zu verschwinden.
4. Bei Zusatz nicht zu dünner Cyankaliumlösung entfärben sie sich ebenfalls, verschwinden aber auch nicht.
5. Wasserstoffsuperoxyd und Natriumsuperoxyd, welche auf organische Pigmente entfärbend wirken, verändern die Farbe des Silberpigmentes nicht.
6. Die nach Entfärbung mit konzentrierter Salpetersäure oder Cyankalium zurückbleibenden Gebilde geben nach gehöriger Auswaschung Eiweifsreaktionen.
7. Zusatz von Schwefelwasserstoffwasser zu den auf saurem oder alkalischem Wege entfärbten Gebilden schwärzt dieselben von neuem.
8. Erwärmt man ein Stückchen eines tief geschwärzten Organs mit starker Salpetersäure vorsichtig, bis es entfärbt ist, und filtriert nun die Säure ab, so enthält das Filtrat gar kein Silber; wohl aber läfst sich dieses im Filterrückstand nach vorheriger Einäscherung nachweisen.

Auf Grund dieser Reaktionen spricht Verfasser die Ansicht aus, dafs das Silber in den Geweben eine lockere organische Verbindung eingeht, und nicht, wie einige Autoren behaupten, eine unorganische Silberverbindung bildet.

Eine echte, akute Argyrie konnte auf experimentellem Wege durch Einführen von glycyrrhizinsaurem Silberoxydnatron, welches mit dem Serum des Blutes sich sofort zu einer komplicierten Eiweifsverbindung vereinigt, hervorgerufen werden. — Schon nach Verlauf von zwei Tagen fand man Argyrie, d. h. reduktive Schwarzfärbung zunächst in der Leber, dann in den Glomerulis der Niere. Eine primär reduktive Schwärzung des kreisenden Silbers möchte Verfasser auch für

den Papillarkörper der Cutis der Haut annehmen und stützt sich hierbei auf Baumann und Unna, welche die an der Oberfläche der Cutis vor sich gehende Bildung von Hornsubstanz als einen Reduktionsprocefs ansehen.

Was nun den Vergleich zwischen Argyrie und Siderose betrifft, so wird derselbe in folgenden Sätzen zusammengefafst:

1. Bei beiden Metallen findet selbst nach nur einmaliger, geeigneter Einführung nicht mechanisch oder grob chemisch wirkender Doppelsalze ins Blut ein Haftenbleiben der Metalle im Körper statt, und die Entgiftung dauert bei beiden nicht nur Tage, sondern Wochen und noch länger.

2. Bei beiden Metallen halten bei plötzlicher Einfuhr ins Blut in erster Linie die Leberzellen das hier unlöslich werdende Metall zurück.

3. Bei beiden Metallen wandern Leukocyten in die Leber ein, beladen sich mit dem Metall und schaffen es aus dem secernierenden Parenchym nach den Leberlymphgefäfsen hin fort. Später findet man dann solche metallbeladene Leukocyten in den verschiedensten lymphoiden Organen.

4. Bei beiden Vergiftungen erkennt man die metallbeladenen Leukocyten schon ohne Reagentien an ihrer Farbe, die beim Silber schwarz (Melanocyten), beim Eisen gelblichbraun ist.

5. Bei beiden kann man durch einfache Reaktion die Anwesenheit des vermuteten Metalles sicher darthun. Die Reaktionen für Silber sind oben besprochen, die für Eisen bestehen namentlich in der Schwärzung durch Schwefelammon (aber nicht durch Schwefelwasserstoff und Essigsäure) und in der Blaufärbung durch Ferrocyankalium und Salzsäure.

6. Bei beiden liegt das Metall in einer organischen Grundsubstanz, an die es locker gebunden ist. Dies gilt nach Johann Ausin selbst für das bei Eindringen von Eisensplittern ins Auge in der Linse gefundene Metall.

7. Bei chronischer Argyrie und bei chronischer Siderose (wie sie z. B. in der Milz alter Pferde fast immer vorkommt) finden wir von den das Metall tragenden weifsen Blutkörperchen nichts mehr vor, sondern das Metall liegt scheinbar formlos in Körnchen und Klumpen extracellulär und wird bis zum Tode des Individuums nie wieder ganz beseitigt.

8. Die bei akuter Vergiftung unter allen Umständen, bei chronischer aber wohl nur noch in sehr untergeordnetem Grade stattfindende Ausscheidung der Metalle findet unter Beteiligung von Leukocyten nach dem Verdauungstractus hin statt, während durch den Harn gar kein Metall oder nur in den ersten Minuten entleert wird.

Von den sehr wesentlichen Unterschieden zwischen der Argyrie und der Siderose hebt Verfasser folgende hervor:

1. Die Argyrie befällt, falls sie chronisch ist, die verschiedensten bindegewebigen Organteile und mit Vorliebe die der Haut; die Siderose thut dies niemals.

2. Die Siderose kann durch Zersetzung eisenhaltiger, normaler Körperbestandteile, also auch ohne Zufuhr des Eisens von aufsen, z. B. unter Einwirkung blutzersetzender Krankheiten und des Alters entstehen; die Argyrie kann natürlich nur bei Einfuhr des Silbers von aufsen auftreten.

3. Die Ausscheidungsstellen beider Metalle sind wenigstens beim Frosch insofern verschieden, als das Eisen bei dieser Tierart vom ganzen Darmkanal ausgeschieden wird, das Silber nach Samojloff beim Frosch aber nur vom obersten Ende desselben. Bei Warmblütern ist das Verhalten der Ausscheidung beider Metalle dem bei Fröschen ähnlich.

4. Die Nierenglomeruli werden bei der Argyrie stets auffallend verändert, bei der Siderose aber meist nicht oder nur vorübergehend.

III. **Sechs Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion**, von L. Gold-Odessa.

Verfasser teilt die Krankengeschichten von sechs Fällen mit extragenitalem Primäraffekt mit, von denen die vier ersten auch ihres genetischen Zusammenhanges wegen interessant sind.

Zuerst inficierte sich in ein und derselben Familie das 1½ Jahr alte Kind, von diesem dann durch Stillen die Mutter (Primäraffekt an der Brustwarze); von der Mutter inficierte sich auf extragenitalem Wege der Vater (harter Schanker an der Lippe), und schliefslich zeigte die ältere 15jährige Tochter (bei intaktem Hymen) Plaques muqueuses an den Mundlippen.

In dem fünften Falle fand sich ein Ulcus induratum an der rechten Tonsille; der sechste Fall zeigte Primäraffekte an der Lippe, am Mons Veneris und im Sulcus retro-glandularis.

IV. **Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis**, von R. Barlow-Breslau. (Schlufs.)

Die wesentlichsten Punkte seiner gesamten Arbeit giebt Verfasser in folgenden neun Schlufsthesen wieder:

I. Die unmittelbare Ursache der im allgemeinen zur Beobachtung gelangenden Cystitiden ist mit Ausnahme der durch Kanthariden bedingten chemischen Blasenentzündung eine bakterielle; und zwar giebt es

1. bacillogene Cystitiden.

Unter den Bacillen kommen in Betracht:

a) Tuberkelbacillus, b) Bacterium coli commune, c) Urobacillus liquefaciens septicus, resp. Proteus Hauseri, d) Coccobacillus ureae.

2. Kokkogene Cystitiden.

Unter den Kokken kommen in Betracht:

a) Gonococcus, b) Staphylococcus (pyogenes aureus et albus), c) Streptococcus pyogenes), d) Diplococcus (pyogenes).

II. Vollvirulente Kulturen dieser Bakterien sind im stande, in gesunder Blase, bei intaktem Epithel derselben, Cystitis hervorzurufen. Die Bakterienwirkung, resp. das Zustandekommen der infektiösen Cystitis wird begünstigt durch sekundäre Hülfsursachen, und zwar: A) Retention, B) passive oder aktive Hyperämie, C) Trauma.

III. Folgende drei Hülfsursachen wirken begünstigend auf die Infektion:

A) Die Retention durch Herstellung eines stagnierenden, als Nährboden dienenden und ungestörte Vermehrung der Bakterien gestattenden Harnresiduums.

B) Die Hyperämie, welche immer als Folge der Retention auftritt, aber auch für sich bestehen kann, durch die mit ihr einhergehende Auflockerung der Blasenwand, welche die Invasion der infektiösen Bakterien wesentlich erleichtert.

C) Das Trauma, indem es Verletzungen der Blasenschleimhaut und mithin bequemere Angriffspunkte für die Bakterien schafft.

Retention, Hyperämie oder Trauma allein rufen niemals Cystitis hervor.

IV. Die ammoniakalische Harnzersetzung ist nur eine Nebenwirkung gewisser Bakterienarten und ist als unmittelbare Cystitisursache nicht anzusehen. Dieselbe kann eine schon bestehende Entzündung verschlimmern

A) durch die Epithelmaceration,

B) indem stark zersetzter Harn selbst entzündungserregende Eigenschaften hat, die sich zu denen des inficierenden Agens summieren.

V. Die Infektion der Blase kommt in den meisten Fällen zu stande

1. (weitaus am häufigsten) durch ungenügend desinficierte Katheter und Sonden,

2. seltener durch Einwanderung oder Verschleppung pathogener, urethraler Mikroorganismen, die auch in normalen Harnröhren vorzukommen pflegen.

VI. Eine wirkliche für die Praxis brauchbare Desinfektion der Urethra ohne Irritation der Schleimhaut ist unmöglich. Sorgfältige Irrigationen mit Borsäure oder schwachen Argentumlösungen sind nützlich, aber nur bedingt zuverlässig.

VII. Die Desinfektion von Seidenkathetern geschieht am besten: 1. durch strömenden Dampf, 2. durch Argentum 1 : 1000, 3. durch Sublimat 1 : 1000.

Sehr wichtig ist es, das Antiseptikum gehörig durchzuspritzen.

Unbedingt falsch ist die Einfettung und Einölung. Nur sterilisiertes Glycerin ist brauchbar.

VIII. Die interne Therapie hat bei der Cystitis nur im Falle des Bestehens ammoniakalischer Harngärung durch Änderung der Reaktion eine gewisse Bedeutung. Antiseptisch oder entwickelungshemmend auf die Cystitiserreger wirkt dieselbe nicht.

IX. Die rationellste Behandlungsmethode der Cystitis besteht in Instillationen mit Argentum oder Sublimat. Blasenspülungen kommen erst in zweiter Reihe in Betracht.

Am Schlusse seiner interessanten und sehr instruktiven Arbeit stellt Verfasser die Versuche und die Resultate derselben in tabellarischer Übersicht zusammen.

V. **Über die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form**, von L. Merk-Graz. (Schluſs.) Verfasser teilt eine Reihe ausgewählter Krankengeschichten von Luespatienten mit, an denen die Wirkung des obigen Mittels längere Zeit hindurch beobachtet werden konnte.

Das Resultat der Beobachtungen ist im wesentlichen folgendes:

Das primäre Exanthem zeigt je nach den Formen verschiedene Veränderungen auf die Injektionen hin. Die Roseolen schwinden in höchst unregelmäſsigen Zeiträumen und nach ganz unberechenbarer Zahl von Injektionen, so daſs Verfasser sich nicht getraut, dem Medikament irgendwelchen therapeutischen Effekt auf die Roseolen zuzuschreiben.

Dagegen ist die Wirkung der Injektionen auf Kondylome zweifellos eine äuſserst günstige, und nicht minder erfolgreich sind die Injektionen bei sogenannten Recidivexanthemen.

Nahezu wirkungslos sind die Injektionen gewesen bei Papeln der Schleimhäute im Anfangsteil des Visceralrohres. Dasselbe gilt auch vom Leukoderm.

Was die Komplikationen bei den Injektionen mit Hydrargyrum sozojodolicum betrifft, so hat Verfasser beinahe alle gesehen, Stomatitis leichten und sehr schweren Grades; Enteritis (mäſsigen Grades), einmal starke Nephritis neben zahlreichen Albuminurien, endlich ziemlich zahlreiche Infiltrate und eine Abscefsbildung.

(Nach den mitgeteilten Resultaten wird man sich schwerlich für die Injektionen mit dem Mittel begeistern können. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Kompendium der Hautkrankheiten einschlieſslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Für Studierende und Ärzte, von S. Jessner-Königsberg. (Ferd. Beyer, Königsberg 1893. 288 S.) Mit dem vorliegenden Buche hat der Verfasser die praktische Probe auf sein System der Hautkrankheiten gemacht. Ohne uns auf eine kritische Besprechung dieses auf rein pathologisch-anatomischer Basis aufgebauten Systems einzulassen, wollen wir hier nur die einzelnen Klassen desselben repetieren:

I. Funktionsstörungen.
II. Anomalien der Blutverteilung (ohne Entzündungserscheinungen).
III. Entzündungen.
IV. Hypertrophien.
V. Neubildungen.
VI. Regressive Ernährungsstörungen.

Dem speciellen Teile geht ein relativ ausführlich gehaltener allgemeiner Teil voran. Wir vermissen hier ein gut koloriertes, treffendes Bild der normalen Histologie der Haut.

Ein einziges solches Bild wird den Kostenpreis des Buches (*M.* 5,50) nicht erheblich verteuern, die Brauchbarkeit desselben aber nicht unwesentlich erhöhen.

Der Verfasser macht nicht viel Worte. In einer gedrängten, klaren, sehr übersichtlichen Form werden die einzelnen Kapitel abgehandelt. Theoretisch wichtige Fragen finden eine kurze Erwähnung, die einschlägige Litteratur wird thunlichst berücksichtigt, und aus der Therapie bringt der belesene und erfahrene Verfasser das Beste und Erprobteste.

Das kurze, für den Dermatologen wichtige Kapitel der Kosmetik ist reich an interessanten, wissenswerten, praktischen Bemerkungen.

Die Zusammenstellung der 241, auch die Behandlung der Hautsyphilide betreffenden Receptformeln am Ende des Buches kann als eine sehr glückliche bezeichnet werden.

Alles in allem genommen, hat uns der Verfasser ein praktisches, auch äufserlich sehr gefälliges Büchlein geliefert, das dem Studierenden als Repetitorium, dem vielbeschäftigten Praktiker als schnell orientierendes Nachschlagebuch sich nützlich erweisen wird. *C. Berliner-Aachen.*

Einführung in das Studium der Hautkrankheiten, von Pye-Smith. (J. & A. Churchill, London 1893. 367 S.) Als ehemaliger Leiter der Abteilung für Hautkranke in Guys Hospital zu London verfügte P.-S. über ein exquisites Krankenmaterial, das ihn in den Stand setzte, aus eigener Anschauung selbst solche Krankheiten zu beschreiben, die man sonst nicht täglich zu Gesichte bekommt. So kann der Verfasser, während er die Litteratur nicht vernachlässigt, zur Illustration des Gesagten stets auf Fälle aus seiner poliklinischen Praxis zurückgreifen. Gleichzeitig unterstützt ihn bei der Abfassung seines Buches das Museum in Guys Hospital, auf dessen Präparate er wiederholentlich den Leser verweist.

Bücher, die wie das vorliegende, als Produkt eigener Erfahrungen hervorgehen, sind stets ernst zu nehmen und im Werte hoch zu schätzen, auch wenn sie den Umfang grofser Kompendien nicht erreichen oder durch Kurzweiligkeit des Stils den Leser nicht allzusehr aufregen. Anregend sind sie jedoch immer für denjenigen, der lernen will. Und an Lernende, die sich die Hautkrankheiten zum Specialstudium machen wollen, wendet sich P.-S. an erster Stelle. Das Buch soll jedoch dem Studierenden nicht die Anschauung ersetzen, sondern ihn befähigen, allmählich mit dem Blicke des Kenners zu schauen und das Gesehene wiederum gut zu verarbeiten. Als solches wird es seinen Zweck vollauf erfüllen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Geschwülste der Harnblase, ihre Prognose und Therapie, von Dr. Kümmel. (*Berl. Klinik.* 1893. Heft 59.) Verfasser giebt ein übersichtliches Bild unseres Wissens über die Geschwülste der Harnblase, deren Behandlung durch experimentelle Studien der Blasenresektionen und die Einführung der Cystoskopie durch Nitze so grofse Fortschritte gemacht hat. Die Arbeit zerfällt in einen anatomischen und klinischen Teil. — Als primäre Neubildungen sind beobachtet: Papillome, Myxome, Myome, Fibrome, Angiome, Sarkome, Adenome, Carcinome, Dermoide, Echinokokken, Chondrome und Rhabdomyome. — Prostatahypertrophie, Carcinome der Prostata, gonorrhoische Cystitis, Tuberkulose der Harnwege, Varicen des Blasenhalses, Blasensteine, Hämoglobinurie und Nierenblutungen können differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Die Therapie hat stets die Entfernung der Geschwulst zu bewirken, die die einfache Exstirpation, die partielle oder totale

Blasenresektion erfordern kann. Auch beim Weibe rät Verfasser zur Sectio alta mit Beckenhochlagerung. Nach Entfernung der Geschwulst wird ein weicher Katheter eingelegt und die fortlaufende Katgutnaht in drei Etagen (Mucosa, Muscularis, die übrigen Gewebsschichten) angelegt. Die Hautwunde wird nur zum Teil geschlossen, im übrigen mit Jodoformgaze tamponiert. In günstigen Fällen kann der Katheter nach 14 Tagen entfernt werden. Ein Bericht über 11 eigene Beobachtungen beschliefst die lesenswerte Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Besteht eine Beziehung zwischen Hautsinnesorganen und Haaren, von F. Leydig. (*Biolog. Centralbl.* 1893.) Das Haarkleid ist für die Säugetiere so charakteristisch, dafs man sie auch „Haartiere" und im Gegensatz dazu die Amphibien als „Quadrupeda depilata" bezeichnet hat. Jüngst hat nun Maurer die Frage sich vorgelegt, ob die Haare Organe sui generis oder von den Epidermisgebilden niederer Wirbeltiere abzuleiten sind. Er glaubt, dafs die Hautsinnesorgane der Amphibien den Boden für die Haarbildung abgeben. Der Verfasser tritt nun in dem vorliegenden Aufsatze auf Grund seiner Untersuchungen dem entschieden entgegen. Alle von der Epidermis entstehenden Gebilde gleichen einander in der ersten Anlage; stets entstehen Epithelknospen, über welche das „Deckepithel" eine dünne Hornzellenschicht hinwegzieht. Dieses gilt für Hautsinnesorgane, Haare, Perlbildung der Fische und vielleicht auch für die Hautdrüsen. Es ist also der Schlufs von Maurer auf die Gleichheit der erstgenannten Gebilde nicht berechtigt. Alle diese Epidermisprodukte zeigen auch eine Anordnung in Reihen oder bestimmten Linien. In der weiteren Entwickelung treten dann die entscheidenden Differenzen hervor, die gerade an Fischen sich leicht studieren lassen, aber auch bei Amphibien deutlich hervortreten, wie Verfasser des weiteren ausführt. — Zum Schlufs geht derselbe noch näher auf die Perlbildung („den Hautausschlag") der Fische und die „Schenkelsporen" der Eidechsen ein und scheint nicht abgeneigt, diese Bildungen mit der Haar-, resp. Follikelbildung der Säugetiere in Verbindung zu bringen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Experimentelle Beiträge zur Frage des Resorptionsvermögens der menschlichen Haut, von Eduard Schum. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.) Nach einer eingehenden Wiedergabe der grofsen Litteratur über die Resorptionsfähigkeit der Haut berichtet Verfasser über seine Versuche. Diese wurden in der Weise angestellt, dafs ein Chapmanscher Schlauch, mit der betreffenden Lösung gefüllt, ein Bein hineingesteckt und dann oben durch Gummibinden, Kautschuk und Gazebinden, welche mit dem Reagens auf die betreffende untersuchte Substanz getränkt waren, umwickelt wurden. Folgendes fand Verfasser:

Wässerige Jodkaliumlösung wird von der gesunden Haut nicht resorbiert, ebensowenig sehr verdünnte 5%ige alkoholische Jodkaliumlösung.

Wässerige Karbolsäurelösung wird von der gesunden Haut sehr schnell resorbiert.

Wässerige, wie verdünnte alkoholische Lösung von salicylsaurem Natron wird von der gesunden Haut, wie bei geringeren Epidermisverlusten nicht resorbiert.

Wässerige Lösung von Acid. tann. wird bei gesunder Haut, sowie bei geringen Kratzeffekten nicht resorbiert; ebensowenig wässerige Resorcinlösung.

Alkoholische Lösung von Salol wird bei gesunder Haut resorbiert.

Eine durch kurz vorausgegangene oder gleichzeitige Applikation von Karbolsäure, Salicylsäure oder Salollösung bewirkte Aufnahme der diesbezüglichen Stoffe vermag eine Durchgängigkeit für sonst nicht resorbierbare Stoffe, wie Jodkalium, salicylsaures Natron, herbeizuführen.

Die leicht resorbierten Stoffe gehören zu den schwerer löslichen, die nicht resorbierten zu den leicht löslichen; ob das nur Zufall ist, läfst sich nicht beurteilen. Wichtiger erscheint, dafs die ersteren zu den oxydierenden, keratolytischen, letztere zu den reducierenden, keratoplastischen Substanzen gehören.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Resorption des Vaselins von der Haut und seine Schicksale im Organismus, von W. v. Sobieranski. (*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.* 1893. Heft 4—5.) Zu seinen, im Strafsburger pharmakologischen Institut ausgeführten Versuchen benutzte der Verfasser das Vaselin von Lancelat-Paris, das in Äther, Benzol, Petroleumäther vollkommen löslich ist, die Haut gar nicht reizt. Hunden und Kaninchen wurde dasselbe in die geschorene Rücken- oder Bauchhaut täglich einmal wenigstens 5 Minuten lang eingerieben. — Die Thiere wurden nach dem Scheren und Reinigen mit Alkohol und Äther in eine Art Anzug gesteckt, welcher das Ablecken verhinderte; die Einreibungen begannen erst einige Tager später, um etwaigen Hautläsionen Zeit zum Heilen zu lassen. Die Kaninchen gingen gewöhnlich trotz guten Fütterns zu Grunde. Vom Kadaver wurden nach sorgsamer Abtrennung der Haut Muskeln, Leber und Nieren, Darm und Inhalt zusammen mit Herz und Zunge in drei Portionen fein zerrieben, im Wasserbade getrocknet und pulverisiert. Der während des Versuches gesammelte Kot wurde auch getrocknet und pulverisiert, der Harn eingedampft, mit geglühtem und gewaschenem Sand zur Trockene gebracht und verrieben. Diese gepulverten Körpersubstanzen wurden in 5 Portionen mittelst Äther oder Benzol im Drechselschen Extraktionsapparate 3 Tage extrahiert, das Extrakt vollkommen verseift, dann eingedampft und der Rückstand 4—5 Stunden mit Wasser gekocht. Es zeigten sich dann fettig aussehende Tropfen, welche nach Behandlung mit warmem Eisessig, um jede Spur von Cholestearin zu entfernen, die Reaktionen etc., wie das Vaselin, gaben. Es gelangt also das Vaselin in den Körper, wahrscheinlich durch die Talgdrüsen; mengt man dem Vaselin Berlinerblau bei, dann kann man es in den Haarfollikeln nachher nachweisen. — Zwei Fragen blieben noch zu erledigen: das Schicksal und die Wirkung des Vaselins im Körper. Was ersteres betrifft, so glaubt Verfasser, da er nur minimale Mengen im Körper wiederfand, dafs ein grofser Teil des Vaselins im Organismus zerstört wird. — Die Wirkung ist jedenfalls eine toxische, wie es aus der Abmagerung und dem schliefslichen Tode des Kaninchens erhellt. Zum Teil allerdings kommen diese Folgen, wie Verfasser durch Versuche belegt, auf Rechnung der Bauchmassage, sei es, dafs diese mit Vaselin oder Olivenöl ausgeführt ist. Bei Hunden hatte das Vaselin, in die Haut eingerieben, keine schlechten Folgen; dagegen bewirkte Fütterung derselben mit Vaselin bald Durchfälle und starke Abmagerung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Kohlensäure- und Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30° und 39°, von Schierbeck. (*Archiv für Anatomie und Physiologie.* Physiologische Abteilung. 1893.) Mit Untersuchungen über die Ventilation der Kleidung beschäftigt, prüfte Verfasser gleichzeitig die Kohlensäure- und Wasserausscheidung der Haut. Die besten Bestimmungen, welche die gesamte Haut in Betracht ziehen stammen von Aubert, der 3,0—4,0 in 24 Stunden für CO_2 fand. Für die Wasser

ausscheidung sind ähnliche Bestimmungen überhaupt nicht gemacht. Die angegebenen Werte von 500,0 in 24 Stunden sind aus Untersuchungen über begrenzte Hautabschnitte oder durch Subtraktion der Lungenausscheidung von der Gesamtausscheidung gewonnen. — Verfasser prüfte nun diese Fragen von neuem. Die Versuchsanordnung möge im Original nachgelesen werden. Die Ergebnisse sind: 1. Die Kohlensäureausscheidung bleibt bei Temperaturen von 29—33° unverändert. 2. Bei Überschreitung dieser Temperatur tritt ein plötzliches Steigen derselben ein, gleichzeitig mit Schweifsausbruch. 3. Die Kohlensäureausschcidung ist für die nackte und bedeckte Haut in allen Fällen gleich grofs. Ihre absolute Menge beträgt gewöhnlich ca. 8,0 in 24 Stunden. Bei Schweifsausbruch und bei höheren Temperaturen (über 33°) steigt sie bis zu 28,0 bei 38,5°. — Die Wasserausscheidung wächst parallel der steigenden Temperatur, ohne Sprünge zu machen, und zwar bei nackter, wie bei bekleideter Haut; jedoch ist die absolute Menge bei letzterer gröfser. Die reichliche Wasserausscheidung unter 33° bei bekleideter Haut rührt einzig von einer Vermehrung der Perspiration her. Die absolute Gröfse schwankt so sehr innerhalb der Temperaturgrenzen, dafs sie schwer zu bestimmen ist. Nimmt man 32° als Temperatur in unseren Kleidern an, so beträgt die Wasserausscheidung in 24 Stunden 2—3 l, lediglich besorgt durch die Perspiration.

(Ob diese Ergebnisse, an einem Individuum gewonnen, auf alle übertragbar ist? Ob nicht die Perspirationsgröfse bei den Menschen innerhalb weiter Grenzen schwankt? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pharmakologisches.

Salbenbasen, von J. V. Shoemaker. (*Med. News.* 29. April 1893.) Ohne etwas wesentlich Neues anzuführen, giebt Verfasser eine übersichtliche und klare Zusammenstellung der neuesten Erfahrungen über den Wert und die Wirkungsweise der üblichen Salbengrundlagen, wobei namentlich Lanolin, Adeps und Vaselin eingehend berücksichtigt werden. *Philippi-Nieheim.*

Empfindlichkeit gegen eine kleine Dosis Arsenik, von Nicholson. (*The Lancet.* 11. Febr. 1893.) Ein Patient erhielt gegen Furunkulose 0,09 Liquor arsenicalis, 3 mal täglich unmittelbar nach dem Essen, ganz verdünnt. Nach 2 Tagen die Furunkel geschwunden (?), aber statt dessen ein allgemeines Erythem, von dem Hände und Gesicht am wenigsten betroffen waren. Die Haut von Brust und Bauch erschien rot, wie ein gekochter Krebs. Daneben starkes Jucken, Schlaflosigkeit, leichte Diarrhoe. Temperatur normal. Vor 10 Jahren hatte der Patient an Ekzem infolge der Beschäftigung mit Arsen gelitten, das sich seitdem in jedem Herbste wiederholte. Nach Aussetzen des Arsens schwand das Erythem. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die entzündungserregenden Eigenschaften der Zimmetsäure, von Karl P. Spiro. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1893.) Landerer ging bei der Einführung der Zimmetsäure von der Voraussetzung aus, dafs die Hauptaufgabe bei der Therapie tuberkulöser Processe die Erzielung einer Narbe sei; er suchte zu dem Zwecke eine aseptische Entzündung durch ein chemisches Mittel hervorzurufen. Sein Versuch ist im ganzen bisher wenig beachtet worden. Der Verfasser unterwarf die entzündungserregende Eigenschaft der Zimmetsäure einer experimentellen Prüfung.

Die von Pfeffer zuerst in ihrer Bedeutung erkannte Chemotaxis ist neben anderen vor allem von H. Buchner und T. Leber weiter bearbeitet. Ersterer fand vor allem, dafs alle Bakterienproteine chemotaktische Eigenschaften besitzen, und gab an, dafs die Leukocytenanlockung parallel gehe mit der entzündlichen Reizung der

fixen Gewebsbestandteile. Letztere Ansicht bekämpft Weigert, welcher die funktionelle chemotaktische Reizung der Leukocyten trennt von der idioplastischen der Gewebe. Die Lebersche Auffassung von der Entzündung, „die Attraktionstheorie" verbindet Chemotaxis und Entzündung; gleichzeitig zeigte Leber, dafs nicht nur Bakterienproteine chemotaktisch wirken, sondern viele, auch unlösliche Körper. Verfasser fand nun, dafs die Zimmtsäure, eine starke chemotaktische Energie besitzt, indem er auf der einen Seite offene Glaskapillaren mit zimmetsaurem Natrium in den Rückenlymphsack der Frösche und das Unterhautzellgewebe der Kaninchen einführte. Eine 5% Lösung war stets wirkungsvoll; es waren meistens polynukleäre Leukocyten, gelegentlich auch eosinophile Zellen. Durch intravenöse Injektion, deren viel bestrittene Berechtigung Verfasser ausführlich beweist, stellte er dann die Leukocytose erregende Eigenschaft der Zimmetsäure fest, wie sie nach Buchner die Bakterienproteine auch besitzen. Es besteht also auch hier eine Verbindung zwischen Chemotaxis und Leukocytose. Die Leukocyten stammen wahrscheinlich aus lymphoiden Organen. Bei den Injektionen konnte sodann festgestellt werden, dafs die Zimmetsäure zu den Substanzen zählt, die ohne Mitwirkung von Mikroorganismen eine seröse, bisweilen auch eiterige Entzündung hervorrufen. Es scheint sich bei der Chemotaxis, der artificiellen Leukocytose, der aseptischen Entzündung um dieselbe Erscheinung zu handeln; welche Folge wir bekommen, ist abhängig von den Versuchsbedingungen. Der durch Zimmetsäureemulsion entstehende Eiter besteht namentlich aus einkörnigen Zellen. Nicht selten wurde Temperaturerhöhung beobachtet, die auch beim Menschen nach starken Injektionen beobachtet ist. Verfasser fafst sie als Fermentfieber auf, das durch die bei dem Zerfall der Leukocyten nach Ablauf der Leukocytose gebildeten Fermente ausgelöst wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den therapeutischen Wert des Chlormethyls, von Hertmanni I. in Elberfeld. (*Therap. Monatsh.* April 1893.) Chlormethyl, ein Gas, wird bekanntlich durch Abkühlung und Druck zu einer Flüssigkeit komprimiert und in Syphons verwendet, aus denen es nach Öffnen eines feinen Hahnes entweicht. Auf der Haut zerstäubt, erzeugt es eine Abkühlung auf — 23° C. und Erfrierung mit Herabsetzung der Sensibilität. Debove wandte das Chlormethyl 1884 zuerst bei Ischias mit glänzendem Erfolge an und fand viele Nachfolger, die die Schmerzen bei allen möglichen Neuralgien damit bekämpften. In Deutschland haben nur Schuchardt, Feibes und Steiner darüber etwas publiciert. Feibes empfahl es zur lokalen Anästhesie, indem Tampons von Flockseide und Watte mit Chlormethyl getränkt und auf die Haut gedrückt wurden, bis diese pergamentartig hart und eingezogen erschien. — Verfasser verwendete das Mittel zuerst bei einem Falle von Ischias ohne Erfolg, vielleicht wegen zu zaghaften Vorgehens. Er berichtet dann über weitere 28 Fälle. Die Haut wird nach Chlormethyl weifs, später intensiv rot, es kommt oft zur Blasenbildung, der man aber durch Aufstreichen von Vaselin oder Glycerin vorbeugen kann. Gangrän ist beobachtet, dürfte aber wohl vermeidbar sein; bei Diabetes, Nephritis, Kachexie kann man ja besonders vorsichtig sein. Die Blasenbildung heilt unter Zurücklassung einer später auch schwindenden Pigmentierung. — Das Chlormethyl wird in Cylindern für 32 Mark geliefert; die Nachfüllung kostet 4,50 Mk. und reicht für 4 Aufstäubungen. Jede kostet also 1 Mk. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Phenosalyl, eine neue antiseptische Mischung, dargestellt von Dr. med J. v. Cristmas in Paris. Phenosalyl, eine klare, dicke Flüssigkeit, besteht aus einer Mischung von Karbolsäure mit Salicyl- und Benzoesäure, welche zusammengeschmolzen und dann in Milchsäure gelöst werden. Nach den bakteriologischen Versuchen übertrifft seine antiseptische Wirkung die der Karbolsäure bedeutend. Die

Versuche wurden mit den Erregern folgender Krankheiten angestellt: Cholera, Milzbrand, Pneumonie, Bacillus pyocyaneus, Typhus, Diphtherie, Tuberkulose, Staph. pyog. aureus.

Von glatten, mit einer Schicht von Staphylococcus bestrichenen Instrumenten wurden von Zeit zu Zeit Überimpfungen auf Bouillon vorgenommen. Nach 10 Minuten Kontakt war keine Entwickelung mehr sichtbar. Die Lösung war eine 2%ig wässerige. In Cholerakulturen eingetauchte Leinwand wurde in 1%iger Lösung in 1 Minute sterilisiert, phthisisches Sputum, mit dem zehnfachen Volumen einer 2%igen Lösung gemischt, war in 15 Minuten steril. Seine toxische Wirkung ist gering.

Zur Desinfektion der Hände und Instrumente wird eine 1%ige Lösung empfohlen. Leichte Löslichkeit in Wasser, keine Intoxikationsgefahr, angenehmer Geruch, Unschädlichkeit für die Haut, keine Austrocknung der Schleimhäute bezeichnet Prof. Fraipont-Zürich als besondere Vorteile. Besondere Wirkungen will Dr. Roskam bei purulenter Cystitis gesehen haben, zu vollständiger Heilung nach einigen Einspritzungen von 20%iger Lösung in Fällen, in denen die verschiedensten Mittel versagten.

2 Fälle von ekzematöser Impetigo wurden sehr rasch geheilt mit 1%iger Lösung. Bei Gonorrhoe wurde keine besondere Wirkung gesehen. Endometritis, Ureteritis heilten in einigen Fällen sehr rasch unter Behandlung mit 2—10%igen Phenosalyl-Stiften.

(Fabrikanten sind: Farbwerke, vorm. Meister, Lucius & Brüning-Höchst a. M.)

A. Strauſs-Barmen:

Gallanol ist das Anilid der Gallussäure, ein gereinigtes Gallol. Die Formel nach Cazeneuve:

$$C_6H_2 \begin{cases} CO.\ NH.\ C_6H_5 2H_2O \\ (OH)_3 \end{cases}$$

Es enthält drei Phenol-Hydroxyle, wie Pyrogallussäure, wirkt reducierend antiseptisch und lokal antithermisch. Es wird gewonnen durch Kochen von Tannin oder Gallusgerbsäure mit Anilin, Behandlung mit salzsaurem Wasser und Umkrystallisieren aus verdünntem Alkohol. Es giebt, bei 100° getrocknet, 2 Teile Krystallwasser ab. Reines Gallanol ist weifs, krystallinisch, von leicht bitterem Geschmack, schmilzt bei 205°, ohne sich zu zersetzen. Gepulvert, adhäriert es leicht an den Fingern. Es ist sehr wenig in kaltem, sehr leicht in kochendem Alkohol, in Äther (bei 65°) löslich. In Alkalien löst es sich leicht, wird aber braun. In Chloroform, Benzin, Ligroin ist es unlöslich. Das Gallanol ist nicht giftig, Hunde nahmen 4,0, Menschen 2,0 ohne Schaden; die Resorption von der Haut aus kann bei der geringen Löslichkeit nur eine begrenzte sein. Cazeneuve und Rollet haben Gallanol bei Hautleiden als Pulver, rein oder mit Talcum, als Salbe (1 : 4 — 1 : 30) und als Pinselflüssigkeit versucht. Bei nässenden Ekzemen bewirkt Gallanolpuder bald Nachlafs des Juckens ohne Brennen. Salben wurden bei Ekzemen und Psoriasis versucht. Bei letzterer wurden die kranken Stellen auch mit Gallanol in Chloroform oder Alkohol bestrichen und dann mit Traumaticin bedeckt, oder bei bestehender Rötung und Reizung gleich Gallanol-Traumaticin verwendet, eine weifse Mischung, die an der Luft grünlich, dann schwärzlich wird. Da Gallanol weder Rötung, Entzündung noch Pigmentierung bewirkt, kann es auch im Gesichte appliciert werden. Es ist geruchlos und macht die Wäsche nicht fleckig. (*Extrait du Lyon Médical* 1893.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurosen.

Neuropathisches Hautödem infolge eines Traumas, geheilt durch Nervendehnung, von Heinrich Birchner. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1893. No. 25.) Die ausführliche kasuistische Mitteilung giebt die Krankengeschichte einer 30jährigen

Patientin wieder, bei der sich nach einer Distorsion des linken Handgelenkes ein Ödem des gesamten Armes entwickelte, das allen Heilbestrebungen trotzte. Massage, Hochlagerung, ausgedehnte Incisionen, permanente Suspension, Ichthyol äufserlich und innerlich schafften nur zeitweilige Besserung. Dabei bestanden im Arme auch heftige Schmerzen. Erst nach ausgiebiger Dehnung des Nervus ulnaris und der Pars infraclavicularis des Armgeflechtes und darauffolgende vierwöchentliche Suspension, Massage, Einwickelung, Applikation des Induktionsstromes trat nach 13monatlichem Bestehen endlich Heilung ein.

Verfasser denkt den Fall so, dafs nach der Verletzung eine Erschütterung oder Kontusion der Nerven an der linken Hand und dadurch eine Störung der Gefäfsinnervation eingetreten sei, bestehend in einer Reizung der Vasodilatatoren. Später litten auch die sensibeln und motorischen Fasern. Möglicherweise hat sich der Reiz auch vermittelst des Plexus cervicalis und des Ganglion cervicale primum auf den Sympathicus fortgebildet, wofür eine zeitweilige gestörte Herzaktion sprechen soll. Jedenfalls will Verfasser den Fall als circumscriptes, traumatisch-neuropathisches Ödem nach Quincke aufgefafst wissen.

(Es dürfte doch angebracht sein, den Fall nicht ohne weiteres in diese Kategorie zu zählen; weder die Deutung noch der Einfluſs der Nervendehnung scheint mir bewiesen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Scharlach mit Purpura, von Clemoris. (*The Lancet.* 13. Februar. 1893.) Eine hämorrhagische Diathese bei Scharlach hat Henoch bei 8 Fällen beschrieben, die stets in der 3.—4. Woche sich entwickelte. Alle heilten. Einen weiteren mit ungünstigem Ausgang sah er 1½ Wochen nach leichtem Scharlach. Gee glaubt in all solchen Fällen an eine Verwechselung mit Variola haemorrhagica. — Bei dem 2jährigen Patienten von Clemoris, der wegen einer Inguinalhernie operiert war, entstand zwei Tage nach der Operation ein punktförmiges, erythematöses Erythem mit Fieber, Durchfall, Erbrechen etc. Am fünften Tage blutiger Urin, Blutung aus dem Rectum, Petechien, daneben hochgradige Anämie. Systolische Geräusche am Herzen, Husten, Infiltration der rechten Lungenspitze. Das Blut arm an roten Blutkörperchen. Exitus letalis. Die Autopsie ergab Blutungen im Perikard, der Darmserosa, im Magen, Nierenbecken etc. (Es erscheint doch sehr zweifelhaft, ob es sich um Scharlach wirklich handelte. Wie war es mit der Angina? D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Urticaria chronica bei Kindern soll gelindert werden durch

Chloral. hydrat.		
Camphor. trit.		
Gumm. arab.	aa	5,0
Ung. cetacei		40,0

DS. Abends einzureiben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie der Pellagra, von Kalindero. (*La Romaine médicale.* 1893. No. 2.) Verfasser konstatiert eine bedeutende Zunahme der Pellagraerkrankungen seit 1892, da die Zahl derselben 1889 von 6120 auf 11090 Fälle in ganz Rumänien angewachsen war; ferner, dafs dieselben topographisch und numerisch in direktem Verhältnisse stehen zu den Malariaerkrankungen, indem die Gegenden längs den Flüssen und an stehenden Gewässern die meisten Fälle sowohl von Impaludismus als von Pellagra aufweisen, während im Gegensatze hierzu die Hügelbewohner trotz des Maisgenusses viel seltener afficiert werden. Am häufigsten, doch keineswegs ausschliefslich, wird die ackerbautreibende Bevölkerung befallen.

Hinsichtlich der Ätiologie der Pellagra weist Verfasser auf die Ansicht von

Neusser hin, welcher die Ursache derselben in einer intestinalen Autointoxikation infolge Genusses von verdorbenem Mais erkennt; dieser enthält zwar die toxischen Produkte selbst nicht, wohl aber die Substanzen, aus denen sich dieselben bilden. Eine weitere Infektionsquelle wäre im Genusse des aus schadhaften Cerealien dargestellten Alkohols zu suchen. Prädisponierende Momente bleiben: ungünstige physiologische Verhältnisse und Impaludismus. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beitrag zur Ätiologie der Pellagra. Gosio hat aus Kulturen des Penicillium glaucum einen Ätherauszug bereitet, welcher aus einem Phenolgemische bestehende aromatische Produkte enthielt. Dieselben besafsen beträchtliche antiseptische Eigenschaften gegenüber dem Milzbrandbacillus und entstehen aus einer Umwandlung der Fettsäuren durch die Gärung der Kohlenhydrate (Zucker) in Kontakt mit dem Penicillium glaucum. Experimentell liefsen sich mit diesen Produkten beim Menschen Symptome erzeugen, wie sie der Pellagra eigen sind. (*Rif. med.* 1893. No. 144.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Bluterkrankheit (Hämophilie), von J. Moses. (Dissert. Greifswald 1892.) Begriff, Alter, Geschichte, Litteratur, Verbreitung der Krankheit bespricht Verfasser im ersten Abschnitte seiner Abhandlung. Die erste Beschreibung der Krankheit lieferte am Ende des 11. Jahrhunderts der arabische Arzt Abulcasis in Cordova. Doch ist es sehr wahrscheinlich, dafs schon lange Zeit früher die Juden gelegentlich der rituellen Circumcision auf die Hämophilie, und zwar als hereditäre Konstitutionsanomalie, aufmerksam geworden sind.

Die Verbreitung der Krankheit gehört nach neueren Untersuchungen (Grandidier, Dunn u. a.) hauptsächlich der nördlichen Hemisphäre an, bei welcher wiederum ganz besonders die anglo-germanische Rasse bevorzugt ist.

Als Ursache wird fast ausschliefslich Erblichkeit angeführt. Vorwiegend wird das männliche Geschlecht von der Hämophilie heimgesucht, während das weibliche fast ganz verschont bleibt. — Die Sterblichkeit in Bluterfamilien ist sehr grofs; als Kompensation dafür erwähnt Grandidier die aufserordentliche Fruchtbarkeit der Bluterfamilien. Die Krankheit kann sich in den verschiedensten Lebensaltern zeigen.

Allgemeine und äufsere erkennbare Zeichen der Konstitutionsanomalien der Bluter giebt es nicht, wenn auch einige Autoren einen stets charakteristischen Habitus der Bluter bemerkt haben wollen.

Wohnort, Beschäftigung, Stand, die socialen Verhältnisse üben zweifellos einen Einfluſs auf die Entstehung der Krankheit aus.

Die Symptome der Krankheit sind:

I. Blutungen; a) spontan: α) oberflächliche, β) interstitielle; b) traumatisch: α) oberflächliche, β) interstitielle.

II. Gelenkaffektionen.

Die letzteren bestehen in Gelenkschmerzen und Gelenkschwellungen, welche nach Prof. König in Göttingen durch wiederholte Blutungen in die Synovialhöhle entstehen. König unterscheidet drei Stadien:

1. Das Stadium der ersten Blutung, den Hämarthros der Bluter.

2. Das Stadium der Entzündung, der Panarthritis im Blutergelenk.

3. Das regressive Stadium, das Stadium, welches zu bleibender Deformität der Blutergelenke führt, das kontrakte Blutergelenk.

Die mikroskopische und chemische Untersuchung des Blutes hat nichts ergeben, was das Wesen der Krankheit erklären könnte.

Die Prognose ist zweifelhaft und hängt vom Alter, der Konstitution, dem Geschlecht der Patienten, von der Intensität, Dauer, der Art der Blutungen etc. ab.

Verfasser bespricht die Diagnose, die Prophylaxis und die Therapie der Krankheit und beschreibt einen Fall von Hämophilie. *C. Berliner-Aachen.*

Akute Exantheme.

Über Variola und den Wert der Vaccination zur Verhütung derselben, von P. J. Saliorup. (*New York med. Journ.* 3. Juni 1893.) Verfasser ist 22 Jahre auf Puerto Rico ärztlich thätig gewesen und hat reichliche Gelegenheit gehabt, die dort endemische Krankheit von mehreren Hunderten von Fällen zu studieren. In dieser Abhandlung bespricht er ziemlich ausführlich die klinischen Erscheinungen derselben und die von ihm bevorzugte Therapie. Ferner tritt er auf Grund seiner eigenen Beobachtungen mit Entschiedenheit für die Wichtigkeit der Impfung ein.
Philippi-Nieheim.

Ein noch nicht beschriebener Bacillus bei der Variola vera, von L. Besser. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1893. No. 18—19.) Nach einer Wiedergabe der bisherigen Ergebnisse bakteriologischer Forschungen, die alle keinen bestimmten Anhalt für die Ätiologie der Variola geben, berichtet Verfasser über seine eigenen an einem Variolafall gemachten Untersuchungen. Er fand einen Bacillus von $^3/_4 - 1^1/_2\ \mu$ Länge und $^1/_4 - ^1/_5\ \mu$ Breite, den er in Reinkulturen züchten konnte. Durch folgende Momente ist der Bacillus charakterisiert: Er wächst nicht bei Zimmertemperatur, sehr langsam im Thermostaten. Die Kulturen sind zäh, klebrig. Die Bacillen zeigen eine pallisadenartige Anordnung. Verfasser glaubt, dafs der Bacillus von ätiologischer Bedeutung für die Variola ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Specialbericht der „Kommission der British Medical Association zur Beratung von Parlamentsvorlagen" über Variola und deren Beeinflussung durch Vaccination, sowie die Kosten von Variolaepidemien. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1893.) Genannte Kommission hat mit Hülfe der Sanitätsbeamten aus 32 Kreisen, wo im vorigen Jahre ausgedehntere Variolaepidemien herrschten, einige interessante statistische Erhebungen durchgeführt. Dieselben beweisen schlagend, dafs ein grofser Nutzen, wenn auch freilich nicht eine sichere Immunität durch das Impfen erzielt wird. Von einmalig Geimpften wurden von der Epidemie ergriffen 1572 Personen, starben 55 (= 3,5%); von Nichtgeimpften erkrankten 250, starben 75 (= 30%). Zweifelhafte Impfungen ergaben eine Sterblichkeit von 13,8%, Wiedergeimpfte 3,7%. Es braucht zur Erklärung der 1572 Erkrankungen bei Geimpften gegenüber den 250 bei Nichtgeimpften kaum besonders hervorgehoben zu werden, dafs auch in England letztere im allgemeinen nur einen kleinen Procentsatz ausmachen. Dagegen fanden sich in der Stadt Sheffield (ohne Impfzwang) im Jahre 1887 unter einer Bevölkerung von etwa 274 000 Seelen 5715 Nichtgeimpfte, welche bei der damaligen Epidemie 552 Erkrankungen aufwiesen. Demnach müfste man bei vollständiger Aufgabe der Schutzimpfung beim Ausbreiten einer Epidemie durch ganz England (ca. 25 Millionen Einwohner) auf nicht weniger als 2 428 000 Erkrankungen mit einer Mortalität von 30% gefafst sein. Die Kosten, welcher jeder einzelne Krankheitsfall im Durchschnitt verursacht, werden von den befragten Behörden auf $6^1/_2$ £ bis 31 £ geschätzt. Nimmt man nach den weiteren in Sheffield erhobenen Zahlen an, dafs trotz Durchführung der Impfung immer noch 41 829 Personen unter den 25 Millionen erkranken können, und dafs jeder Fall $8^1/_2$ £ Kosten verursache (gewifs ein billiger Satz) aufser den für die Impfung verausgabten 4 sh., so erhält man einen Kostenaufwand von etwas unter fünf Millionen Pfund. Dagegen ergeben die 2 428 000 Erkrankungen zu $8^1/_2$ £ nicht weniger als 20 644 800 £, also mehr als 400 Millionen Mark. *Philippi-Nieheim.*

Über die angebliche Entdeckung Guarnieris, betreffend die Variolo-Vaccine-Infektion, von E. Ferroni und G. Massari. (*Rif. med.* 1893. No. 126.) Die Verfasser wiederholten die Versuche Guarnieris, welcher im Eiter von Variola- und Vaccinepusteln Gebilde entdeckt hatte, die er für Parasiten hielt und Citoryctes (variolae und vaccinae) nannte (s. Ref. *in dieser Zeitschrift.* Bd. XVII. pag. 109.) Zum Vergleiche dienten mikroskopische Präparate von Guarnieri selbst. Zunächst halten sie sich auf Grund zahlreicher Untersuchungen für berechtigt, das von G. als Kern des Citoryctes angesehene Gebilde nicht als Kern, sondern als Kernkörperchen oder Chromatinkörper zu betrachten, da ihnen eine Membran und andere charakteristische Zeichen fehlen. In der Absicht, festzustellen, ob der „Citoryctes" nicht auch in gewöhnlichen durch medicinische oder chemische Reize erzeugten Entzündungsherden vorkomme, haben die Verfasser auf die Cornea von Kaninchen mittelst Krotonöl, Tusche und Osminiumsäuredämpfe Entzündungen erzeugt und in allen Fällen neben bedeutenden Leukocytenauswanderungen Körperchen nachgewiesen, die sich in nichts von den Citorycten G.s unterschieden, doch waren sie nur einmal so zahlreich vertreten, wie bei Injektionen von Variola- resp. Vaccine-Eiter. Sie verfolgten dann auch die weiteren Evolutionen und Umwandlungen der fraglichen Gebilde während mehrerer Tage und beobachteten, dafs dieselben schliefslich in Körnchen zerfielen, welche Farbstoffe nicht mehr aufnahmen und endlich ohne Sporenbildung verschwanden. Bezüglich der Genese dieser Körper halten Verfasser zwei Ansichten für möglich: einmal, dafs dieselben aus den Leukocyten hervorgegangen, oder aber, dafs sie aus den Kernen der Corneaepithelien entstanden. Letztere Auslegung halten sie für die wahrscheinlichere.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Über Vaccinereinkulturen und über das Toxin „Vaccinin", von Adolf Ruete und Karl Enoch. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 23.) Aus der eitrigen Impfblase eines Kalbes hatten die Verfasser Kulturen auf Agar, Gelatine, Bouillon, Ei angelegt und dieselben bis auf die Gelatinekultur in den Thermostaten gestellt. Letztere blieb steril, alle übrigen gaben weifse, ins Bläuliche schimmernde Kulturen, die später eine gelbliche Färbung annahmen. Bei Zimmertemperatur war das Wachstum ein sehr verzögertes, auf flüssigem Blutserum gleich Null, erst bei Agarzusatz gedeihen die Serumkulturen. Die Bouillon trübte sich gleichmäfsig, es bildeten sich keine Häutchen. Die Kulturen bestanden aus Diplokokken ohne nennenswerte Eigenbewegung, sie werden nach Gram entfärbt. Erwärmung auf 60° tötet sie. Impft man Meerschweinchen mit der Kultur, dann erhält man aus dem Blute derselben denselben Coccus, trotzdem diese Tiere immun gegen Vaccine sind. Jedoch kann man bei denselben nur bis zum vierten Tage aus dem Blute den Coccus züchten, während bei den für Vaccine empfänglichen Tieren das bis zum elften Tage gelingt. Aus den weiteren Versuchen, die sich auch auf die Verwendung des durch Filtration und Alkoholfällung gewonnenen Toxins erstreckten, geht hervor, dafs es den Verfassern bisher nicht gelungen ist, einen Nährboden für die Kokken zu finden, der sie virulent erhält, und dafs sie auch ein einigermafsen sicher wirkendes Toxin bisher nicht gewonnen haben. Anscheinend wirkt das Toxin mit Kokkenplasma besser als das ohne Kokkenplasma. Eine Beimengung von Toxin scheint für die Virulenzentfaltung der Kokken nötig zu sein. In der Reizung durch das eingeimpfte Toxin scheint die immunisierende Kraft der Kokken zu beruhen. Anhangsweise berichten dann Verfasser über die erfolgreiche Immunisierung von Kalb und Schwein durch aus dem Blut eines vaccinierten Kindes gewonnene Reinkulturen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Prophylaxis der Scarlatina, von E. P. Herstrey. (*Med. News.* 22. April 1893.) Verfasser empfiehlt zur Verminderung der Kontagiosität des Scharlachs

während der Desquamation tägliche Abwaschungen mit einer 5%igen Hydronaphtolseife. Anfangs soll man dieselben täglich 2—3 mal vornehmen, in der zweiten Woche genügt ein einmaliges Waschen täglich. Die gemachten Beobachtungen scheinen sehr zu Gunsten dieses Verfahrens zu sprechen. *Philippi-Nieheim.*

Inkubationsdauer bei Scarlatina, von J. B. Hamilton. (*Brit. med. Journ.* 3. Juni 1893.) Verfasser teilt kurz eine Reihe von Fällen mit, bei denen mit gröfster Bestimmtheit die Inkubationsdauer auf 3—4 Tage festgestellt werden konnte. Ferner war interessant, dafs ein bestimmtes Kleid, das die betreffende Überträgerin bei der jeweiligen Gelegenheit getragen hatte, die Übertragung der Infektion vermittelt zu haben schien. *Philippi-Nieheim.*

Die Scarlatina und ihre Anomalien. Dumont berichtet in der Société médico-chirurgicale du Brabant (*Presse méd. belge.* 1893. No. 28) über zwei Fälle aufserordentlich gutartig verlaufener Scarlatina, wovon der eine blofs ein typisches Exanthem ohne Desquamation, Fieber und Störung des Allgemeinbefindens, der zweite leichte Temperaturerhöhung, etwas Angina und Desquamation nach dem fünften Tage dargeboten hatte. D. fragt sich nun, ob es sich in diesen Fällen, zumal im ersteren, um Scarlatina gehandelt und eine strenge reglementarische Isolierung während sechs Wochen wirklich indiciert sei. In der Diskussion betonen verschiedene Redner die diagnostische Wichtigkeit des desquamativen Stadiums und die Harnbeschaffenheit (Eiweifs, Cylinder). Bezüglich einer sechswöchentlichen Reklusion sind die Ansichten geteilt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Morbilli ante partum, von F. B. Robinson. (*New York med. Journ.* 13. Mai 1893.) In einem Letter to the Editor teilt R. folgenden Fall mit: Im Jahre 1882 wurde er zu einer Entbindung gerufen. Bei seiner Ankunft fand er sowohl die Mutter, wie das eben geborene Achtmonatskind mit exquisitestem Masernexanthem vollständig übersät. Beide sollen vollständig wieder genesen sein.

F. B. Philpott (ibid. 27. Mai 1893) hat einen ganz ähnlichen Fall beobachtet.

Philippi-Nieheim.

Zur Frage der Identität von Masern und Röteln, von Flatten. (*Zeitschrift f. Medizinalbeamte.* 1893. No. 1.) In Wilhelmshaven und Umgegend herrschte 1891 eine Masernepidemie; nur in einer Gemeinde bestand eine Rötelnepidemie neben drei Masernfällen. Es konnte da noch immer zweifelhaft bleiben, ob die Röteln nicht leichte Masern waren. Einwandsfreier war aber die Beobachtung einer Rötelnepidemie in einer Gemeinde, in der im Jahre vorher eine Masernepidemie geherrscht hatte; 18 Kinder, die damals Masern gehabt hatten, waren an Röteln erkrankt. Es immunisiert also Masern nicht gegen Röteln, beide Krankheiten sind nicht identisch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der Académie de Médecine de Paris sprachen Kelsch und Dujardin-Beaumetz über die **Ätiologie des Typhus exanthematicus.** Nach K.'s Ansicht wird diese Krankheit einerseits von auswärts importiert, andererseits entwickelt sie sich autochthon unter dem Einflusse des Elends, der Übervölkerung und kosmischer Verhältnisse. Die Verbreitung geschieht zum Teil durch herumirrende Kranke, zum Teil durch Gesunde. Die Keime schlummern als indifferente Parasiten im Organismus, um unter dem Einflusse obengenannter ungünstiger Verhältnisse aktiv zu werden und in den weniger resistenten Konstitutionen die bekannten Erscheinungen zu erzeugen.

D.-B. verliest eine Mitteilung von Dubieff und Brühl, wonach diese in 9 Fällen von exanthematischem Typhus im Blute der peripheren Gefäfse und der Milz von Kadavern konstant einen Diplococcus nachgewiesen haben, den sie Diplococcus exanthematicus

nennen. Derselbe wird mit Leichtigkeit in den Lungen und den Luftwegen überhaupt gefunden und läfst sich unschwer züchten. (*La Riforma medica.* 1893. No. 111.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Das Mikrobion des Typhus exanthematicus, von Dubieff und Brühl. (*La Sem. méd.* 1893. No. 24.) — **Das Mikrobion des Typhus exanthematicus,** von Gouget. (*La Sem. méd.* 1893. No. 15 nach dem *Centralbl f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1893. No. 1.) Dubieff und Brühl haben einen „Diplococcus exanthematicus" gefunden, über den Dujardin-Beaumetz in der Pariser Académie de médicine am 18. April 1893 berichtete. In 9 Fällen, von denen 6 zur Obduktion kamen, war das Mikrobion im Blute, in der Milz, im Schleim der Nase, des Schlundes, des Kehlkopfes und in den pneumonischen Herden zu konstatieren. Sie konnten es in Reinkulturen darstellen. Gouget giebt eine Übersicht über die bisher gemachten bakteriologischen Befunde beim Flecktyphus. Der Mikroorganismus von Brauflecht (1881), der Micrococcus Halliers sind nicht bestätigt, die Übertragungsversuche von Zuelzer und Eichhorst sind nicht bewiesen, diejenigen von Mosler und Obermeyer mifslangen. Hlava fand einen Streptobacillus, Babès einen beweglichen Bacillus, Thoinot und Calmette wiesen in dem durch Aspiration von Lebenden gewonnenen Milzblute kleine, lichtbrechende Körnchen von grofser Beweglichkeit nach, die zu Fäden auswuchsen. Lewaschew konnte dieselben auch konstatieren und hat sie gutem Erfolg kultiviert. Calmette schilderte dieselben in der Akademie der Medizin zu Paris am 20. Februar 1893 als 2—3 μ grofs; sie haben zuweilen einen 4—5 μ langen Fortsatz und wachsen rasch zu 20—30 μ langen und zu breiten, mit je 2—3 Sporen versehenen, sehr beweglichen Fäden aus. Sie färben sich mit Methylenblau und anderen Farben und wachsen nur auf Nährböden, die Zucker enthalten oder mit Milch-, resp. Weinsteinsäure versetzt sind, bei Bruttemperatur. In Bouillon kommt es zur Flockenbildung, auf Kartoffeln zu einem schönen roten Belage. Auch im Auswurf und Urin war das Mikrobion vorhanden. Übertragungsversuche von Reinkulturen auf Kaninchen und Meerschweinchen durch Injektion in die Bauchhöhle hatten nur den Erfolg, dafs man das Mikrobion im Blute nachher nachweisen konnte. Nur nach Injektion von aus dem Auswurf gezüchteten Kulturen in die Trachea trat Fieber ein; die Tiere genasen aber. Calmette zählt den Pilz zu den Askomyceten oder Ustilagineen und hält ihn für den Erreger des Flecktyphus. Derselbe verträgt Sublimat (1‰), Karbolsäure (1%), Jod, Tannin, dagegen geht er schnell in Chloroform, Benzin, ätherischen Ölen zu Grunde. Mit Terpentinöl behandelte Kranke genasen. Zum Schlufs geht Verfasser auf die eben referierte Arbeit von Dubieff und Brühl ein. Er hält die Frage nach der Ursache des Flecktyphus noch nicht für abgeschlossen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Ein Ptomain aus dem Urin Ekzematöser hat A. B. Griffiths, wie er in der Akademie der Wissenschaften zu Paris berichtet, extrahiert. Dasselbe ist eine weifse krystallinische Substanz, die in Wasser löslich ist, schwach alkalisch reagiert. Sie bildet ein Chlorhydrat, ein Chlorurat und krystallisiertes Chlorplatinat, mit Molybdänphosphorsäure, Argentum nitricum und Pikrinsäure einen gelben, mit Sublimat einen grünlichen Niederschlag. Ihre Formel ist $C_7H_{15}NO$. Die Base ist giftig. Eine Lösung in sterilisiertem Wasser, subkutan injiciert, erzeugt an der Injektionsstelle bei Kaninchen Entzündung, starkes Fieber; schliefslich tritt der Tod ein. Die vom Verfasser Ekzemin genannte Substanz kommt nur bei Ekzemkranken im Harne vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Eccema palpebrale, von A. Trousseau. (*Annal. de derm. et de syph.* 1893. S. 567.) In der Behandlung dieses ebenso hartnäckigen wie lästigen Leidens hat sich Trousseau das Sublimat äufserst gut bewährt. Er wandte es anfangs zuerst in einem verzweifelten Falle an, in dem Bestreben, den gleichzeitig bestehenden Konjunktival-Katarrh zu mildern, und war über den günstigen Einfluſs erstaunt, den die schwache Lösung (0,01 : 100) gleichzeitig auf das Ekzem selber ausübte. Er hat das Sublimat dann in weiteren Fällen erprobt gefunden und schliefst die kleine Abhandlung mit eingehenden Vorschriften über die Behandlung des Eccema palpebrarum.

Türkheim-Hamburg.

Bei der **Behandlung des Lidekzems**, das sich meist mit Conjunctivitis kompliciert, sehr hartnäckig jeder Behandlung trotzt und fortwährend recidiviert hat Trousseau mit lauwarmen, 0,1—0,5‰ Sublimatlösungen auffallend günstige Resultate erzielt. Er schliefst daraus, in Übereinstimmung mit der Wiener Schule, daſs das Ekzem eine parasitäre Affektion ist. Salben werden meist sehr schlecht vertragen und verschlimmern das Übel noch mehr. Zur Vermeidung von Autoinokulation dürfen sich die Patienten nicht kratzen; auch dürfen keine fermentierende Poudres zur Anwendung kommen. Ist die Haut stark gereizt, so können zunächst aseptisch bereitete Stärke-Kataplasmen appliciert werden. Gegen das Jucken leisten 5‰ Karbollösungen in Zerstäubungen, sowie Chinin innerlich gute Dienste. (*Progrès méd.* 1893. No. 23.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Diagnose und Behandlung des Eccema seborrhoicum, von L. Duncan Bulkley. (*The Journ. of Amer. med. Soc.* Mai 1893.) Das Eccema seborrhoicum beginnt nach Unna als desquamatives Erythem, ähnlich der Psoriasis, und beginnt wahrscheinlich, durch parasitäre Momente bedingt, an dem behaarten Kopfe:

Der Verfasser zählt zum Eccema seborrhoicum nicht:

1. Alle Ekzeme der Säuglinge als Folge von Störungen im Darmkanal.
2. Die Eruptionen im Jünglingsalter an Extremitäten und Gesicht, durch nervöse und nutritive Störungen bedingt.
3. Erythematöse Ekzeme im mittleren Lebensalter.
4. Ekzeme im höheren Alter an Gesicht und Extremitäten, die Folge von Circulationshindernissen.
5. Die Lokalaffektionen bei Wäscherinnen etc. und das Eccema varicosum.

Rote Flecke, lebhafte Abschuppung kennzeichnen die schwereren Fälle von Eccema seborrhoicum, in leichteren ist der Rand nicht scharf, die Eruption klein. Charakteristica sind:

1. Umschriebene rötliche oder rötlichgelbe Flecke und trockene Haut.
2. Auf dem behaarten Kopfe wird die Erkrankung leicht diffus und geht mit starker Schuppenbildung einher.
3. Das Leiden geht vom Kopfe aus und verbreitet sich auf Gesicht, Brust, Arme etc.
4. Pusteln, Blasen, erythematöse Läsionen fehlen.
5. Das Leiden ist ansteckend.

Die Behandlung muſs auch eine interne sein, um die Disposition zu tilgen. Örtlich empfiehlt Unna besonders Resorcin und Schwefel. Auch weiſse Präcipitatsalbe, Teer sind wirksam. Resorcin verschreibt man:

Resorcin.	10,0
Spir. vin. rectif.	15,0
Glycerin.	20,0
Aq. rosar.	160,0

Die Flüssigkeit wird morgens und abends in den Haarboden verrieben. Nach fünf Tagen Bepinseln und Waschen mit

Sapo virid.	70,0
Spirit. vin. rect.	35,0

darauf wieder Resorcin. Statt des letzteren kann weifse Präcipitatsalbe (2—4%) oder Gerbsäure oder Phenol versucht werden. Nach Beseitigung der Eruption

Resorcin.	2,0
Sulf. praecip.	3,0
Zinc. oxyd.	3,0
Ung. rosat.	50,0

Wo die Eruptionen sehr entzündlicher Natur sind:

Resorcin.	4,0
Acid. carbol.	2,0
Pulv. calamin. praep.	4,0
Zinc. oxyd.	8,0
Glycerin.	12,0
Aq. calcis	120,0
Aq. rosar.	120,0

Die Prognose ist meistens gut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gallanol bei Psoriasis und Ekzem, von Cazeneuve und E. Rollet. (*Progrès méd.*; nach dem *New York med. Journ.* 13. Mai 1893.) Bei Psoriasis wurden die erkrankten Stellen mit einer 10%igen Lösung von Gallanol eingepinselt und dann mit einer Decke von Traumaticin versehen. Bei chronischem Ekzem wird eine 10—25%ige Salbe empfohlen. Die Erfolge werden als höchst erfreulich beschrieben.

Philippi-Nieheim.

Histologisches über einige Fälle von Psoriasis, von M. Mantegazza. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* Fasc. I. 1893.) Verfasser hat sein Material von 10 Fällen in sehr anerkennenswerter Weise unter Berücksichtigung der Körperregion, des Alters der Patienten, der klinischen Form (ob akut oder chronisch, im zunehmenden, stationären oder abnehmenden Stadium etc.) untersucht und vergleicht den Befund mit demjenigen anderer Autoren.

In Anbetracht der aufserordentlich zahlreichen Untersuchungen auf diesem Gebiete bringt die vorliegende natürlich wenig Neues.

Bezüglich der Pathogenese kann es sich offenbar nur um eine Ernährungsstörung handeln, wofür die Epithelproliferation und -degeneration, das Fehlen oder die Verminderung des Pigmentes, das Fehlen oder die ungleiche Verteilung des Keratohyalins deutlich sprechen. Hinsichtlich der Ätiologie der Psoriasis glaubt Verfasser nicht, dafs diese eine parasitäre Krankheit sei, und stützt sich hierbei auf das klinische Bild der Krankheit, welche in einzelnen Fällen wenig variiert, keineswegs polymorph ist, fast stets sich an Prädilektionsstellen hält, öfters satzweise die entfernten Körpergegenden befällt, und zwar zuweilen so rasch, dafs sie in ihrer Entwickelung nicht verfolgt werden kann, oder aber sie bleibt Monate und Jahre auf die Prädilektionsstellen beschränkt. Ohne ferner die Ansichten Köbners und Wurzdorffs zu widerlegen, welche den physikalischen, äufseren Eindrücken eine Hauptrolle zuschreiben, glaubt Verfasser die Ursache der Psoriasis in einer Anomalie des peripheren Nervensystems gefunden zu haben. Er stützt sich hierbei auf die Thatsache, dafs sehr viele Psoriatiker an nervösen Störungen leiden, resp. hereditär belastet sind, sowie, dafs die Krankheit oft nach psychischem Shock auftritt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Studie über die Pityriasis rubra pilaris (1889—1892), von Audry. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* Januar 1893.) Verfasser beschreibt die Symptomatologie der Pityriasis rubra pilaris unter Zugrundelegung der bahnbrechenden Arbeit von Besnier (in *Annal. de derm. et de syph.* 1889). Ferner teilt er die Krankengeschichten der seither publicierten Fälle von Galewsky, Neumann, Dubreuilh mit, denen er einen neuen eigener Beobachtung beifügt. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen betrachtet er die Affektion als von entzündlicher Natur. Die Ansicht von Hallopeau, wonach die Ursache der Pityriasis in einer Störung der Fettsekretion zu finden wäre, kann er nicht teilen. Therapeutisch haben sich ihm Ichthyol- und Resorcinsalben, sowie Ammonium valerianicum gegen das Jucken am vorteilhaftesten gezeigt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus acutus, von Bleibtreu-Köln. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 28 u. 29.) Bei einem gesunden, kräftigen, 20jährigen Mädchen, welches früher nie krank war, nur im März d. J. vorübergehend an einer leichten Gastritis gelitten hatte, entwickelt sich plötzlich ohne bekannte Veranlassung anfangs Juni ein zunächst nur auf die Hände und Arme, das Gesicht und die Schleimhaut des Mundes beschränktes Blasenexanthem, welches, obwohl jeden Tag kleine Nachschübe von Blasen entstehen, doch bis zum 5. Juni auf die oben erwähnten Stellen lokalisiert blieb. Erst mit dem Auftreten von Störungen des Allgemeinbefindens, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Appetitmangel traten am 7. Juni plötzlich über den ganzen Körper verbreitet, zahlreiche, prall gespannte, mit gelber, klarer, alkalisch reagierender Flüssigkeit gefüllte Blasen auf, denen nun täglich neue Blaseneruptionen folgen. Besonders dicht gedrängt stehen dieselben in den Achselhöhlen und in der Analfalte. Indem die älteren Blasen aufspringen und ihren Inhalt entleeren, kollabiert die abgehobene Epidermis und liegt nun als dünnes Häutchen dem Corium auf, oder sie wird durch die Reibung entfernt, und es liegt nun an einigen Stellen das rote Corium zu Tage. Indem so immer neue, teilweise konfluierende Blasen entstehen, die ebenfalls wieder nach einiger Zeit platzen, und indem die zuerst befallenen Stellen nur wenig Tendenz zur Überhäutung zeigen, werden im Verlauf von kurzer Zeit grofse Stellen der Haut ihrer normalen Epitheldecke entkleidet und so immer gröfsere Partien der Körperoberfläche von der Krankheit ergriffen, so dafs schon am 15. Juni die Haut des Rückens und des Gesäfses, wohl auch weil hier die Reibung und der Druck am stärksten ist, fast vollständig von Epithel entblöfst erscheint und eine diffus gerötete, nässende Fläche darstellt. Relativ verschont von den Eruptionen blieben nur die Aufsenseiten der Ober- und Unterschenkel, die Innenfläche der Hände; ziemlich spät wurden erst die Fufssohlen und die behaarte Kopfhaut befallen. Platzten die Blasen nicht, so behielten sie meist ihren klaren, serösen Inhalt, nur wenige zeigten einen mehr molkigen und zuletzt eitrigen Inhalt. Nur ganz vereinzelt traten später Blasen auf, deren Flüssigkeit durch Beimengung von Blut rot oder rotbraun durch die Blasendecke durchschimmerte. Das Sekret der geplatzten Blase gab stellenweise Veranlassung zur Borkenbildung, teilweise von hämorrhagischem Charakter. Gangrän oder geschwüriger Zerfall der Haut ist nirgends bemerkbar. Die Blasen entstehen meist des Nachts. Vorher zeigten sich an den Stellen, wo neue Blaseneruptionen erfolgten, in der Regel kleine rote, nicht erhabene Flecke, welche starkes Brennen und Jucken veranlafsten, welches erst mit dem Aufschiefsen der Blasen nachliefs. Die Krankheit verlief mit Fieber, und zwar schien der Blasenausbruch mit einem Temperaturabfall einherzugehen. Das Allgemeinbefinden war gestört, nebenbei bestand seit den ersten Tagen Albuminurie. Chinin, Jodkalium und Atropin blieben ohne Erfolg. Sublimatbäder schienen auf das Exanthem etwas günstig zu wirken, doch die schweren Allgemeinerscheinungen

dauerten fort, es traten nicht zu sistierende Durchfälle ein, und so erfolgte am 27. Juni der Exitus letalis. Die Obduktion ergab aufser den sichtbaren, anatomischen Veränderungen der Haut nur hochgradige Anämie des Gehirns und entzündliche Veränderungen in den unteren Teilen des Dünn- und Dickdarms. Die bakteriologische Untersuchung des Inhalts der Blasen wurden von Dr. Heinrich Claessen ausgeführt und sind von demselben Diplokokken gefunden worden, die mit geringen Abweichungen den von Demme beschriebenen Diplokokken gleichen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Scabies norvegica, von R. Hessler. (*Med. News.* 13. Mai 1893.) Der halbseitig gelähmte, in mittlerem Lebensalter stehende Patient hatte seit 3 bis 4 Jahren einen Hautausschlag dargeboten, welcher trotz verschiedentlicher ärztlicher Behandlung sich stetig verschlimmerte. Bei der Aufnahme im Krankenhaus war der ganze Körper mit gröfseren (einen Zoll im Durchmesser betragenden) und kleineren, rahmig weifsen oder bräunlichen Schuppen bedeckt. Es löste sich täglich eine beträchtliche Menge (eine Handvoll oder mehr) ab. Als mehrere der Patienten im Saal mit skabiösen Erscheinungen erkrankten, wurden diese Schuppen mikroskopisch untersucht. Es zeigte sich, dafs dieselben von Milben und Eiern wimmelten. Antiskabiöse Behandlung war bei allen Kranken erfolgreich. Auch dieser „Fischschuppenmann" war in drei Wochen geheilt. — Hebra hat einzelne ähnliche Fälle gesehen. Nach Taylor sind solche Formen in Amerika noch nicht vorgekommen.

Philippi-Nieheim.

Abnorme Entwickelung von Komedonen nach Variola confluens, von de Coquet. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* 1893. No. 14.) Ein 45jähriges Frauenzimmer hatte eine schwere Variola durchgemacht, nach deren Abheilung sich eine auffallend grofse Menge von Komedonen entwickelte. Verfasser entfernte dieselben einzeln mit einer Discisionsnadel, deren Spitze er zwischen Komedo- und Follikelwandung einführte und den Inhalt wie den Kork eines Fläschchens heraushob; bei den sehr zahlreich vorhandenen Doppelkomedonen übt er gleichzeitig einen Druck auf das eine Ende aus, um den Komedo in toto zu entfernen.

Den Zusammenhang dieser starken Komedonenentwickelung mit der Variola stellt sich Verfasser so vor: Durch die hochgradige Dermatitis bei der Variola war eine Hypersekretion der an der Entzündung teilnehmenden Talgdrüsen eingetreten. Ferner wurden durch das bedeutende Ödem und die Infiltration der Haut die Drüsenmündungen komprimiert und durch den Eiter und die Borken verstopft. Aufserdem waren die Talgdrüsen durch die heftige Entzündung in einen Zustand der Atonie geraten, der sie an der Expression des Inhaltes hinderte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Läuse und Impetigo, von Dewèvre. (*Annal. de derm. et de syph.* 1893. S. 462.) Unter 35 Kindern mit Impetigo waren nur fünf frei von Läusen. D. hat nun solche Läuse, die von impetiginösen Kindern stammten, auf gesunde Kinder verpflanzt infolgedessen sich auch bei letzteren eine Impetigo — meistens im Gesicht — entwickelte. D. nimmt an, dafs der Impetigokeim in den Haaren der Läuse sitzt und so mit Leichtigkeit in die von dem Ungeziefer gebohrten Stichkanäle gelangt.

Türkheim-Hamburg.

Alopecia, von C. W. Cutler. (*New York med. Journ.* 3. Juni 1893.) In dieser kurzen, mit einigen Witzen gewürzten Abhandlung bespricht Verfasser die Bedeutung der Seborrhoe bei der Entstehung von frühzeitigem Haarausfall und die Mittel zur Bekämpfung derselben: im Anfangsstadium Abreibungen mit Eigelb in Kalkwasser, worauf eine Abwaschung mit heifser Boraxlösung und Einreiben einer Salbe: ℞ Pilokarpin. mur. 2,0, Vaselin. 10,0, Lanolin. 60,0, Ol. lavandul. gtt. XV. In späteren Stadien Waschungen mit grüner Seife, Teerseife und Einreiben mit ℞ Hydrarg. bichlor.

corr. 0,25, Resorcin. 4,0, Aq. dest. 120,0. Innerlich und subkutan giebt C. auch Pilocarpin. Erst nach vollkommener Beseitigung der Seborrhoe gebe man stimulierende, reizende Einreibungen: ℞ Tr. cantharid., Tr. capsic., Tr. nuc. vom. Ol. ricin. ā 15,0, Aq. coloniens. oder Bayrum ad 120,0. Täglich einzureiben. *Philippi-Nicheim.*

Die Behandlung der Trichophytie, von Alfred Eddowes-London. (*Brit. med. Journ.* 15. April 1893.) Eddowes hat Unnas Chrysarobinbehandlung der Trichophytie ein wenig modificiert, um sie auch in der poliklinischen Praxis verwerten zu können.

Die Methode, wie sie Eddowes im Kinderhospital (East London) mit gutem Erfolge anwendet, besteht einmal in einer gründlichen Reinigung der Kopfhaut vor dem Gebrauche von Chrysarobin, zweitens in der Entfernung von Krusten und Schuppen vermittelst Öls und Schwefelsalbe. Hierauf kommt Chrysarobin in Anwendung. Der Gang der Behandlung ist folgender:

Erste Woche. Das Haar auf dem ganzen Kopfe wird möglichst kurz geschnitten, die Kopfhaut zwei- bis dreimal in dieser Woche mit Seife und Wasser gründlich gewaschen und täglich eine Schwefelvaselinsalbe eingerieben. Des Nachts wird eine Kappe getragen.

Zweite Woche. Einige Stellen der Kopfhaut werden mit Unnas Unguentum Chrysarobini compositum eingerieben, während die umgebenden Partien weiter die Schwefelsalbe erhalten. Das Ganze wird mit Guttaperchapapier, sodann mit einer festanliegenden Kappe bedeckt. Täglich wird frische Salbe appliciert. Je nach dem Zustande der Haut wird am vierten oder fünften Tage die Chrysarobinsalbe beiseite gesetzt und nur Schwefelsalbe eingerieben. Am Abende des letzten Tages in der Woche wird der Kopf geölt und am nächsten Morgen gründlich gewaschen.

Die Behandlung in der dritten und in den folgenden Wochen ist dieselbe, wie in der zweiten. *C. Berliner-Aachen.*

b. *der Cutis.*

Furunkulose auf der hemiplegisch gelähmten Gesichtshälfte, von Mattignon. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 638.) Die Furunkel erschienen nach der Anwendung von Jodkalium und blieben auf die linke, gelähmte Gesichtshälfte beschränkt. Gleichzeitig bestand Polyurie, doch war der Harn frei von Eiweifs und Zucker.

Türkheim-Hamburg.

De Coquet (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux* 1893, No. 14) hat bei einem 28jährigen Patienten neben **multiplen weichen Schankern am Penis, Scrotum und After gleichzeitig einen solchen an der Stirn** beobachtet. Obgleich die angestellten Autoinokulationsversuche negativ ausfielen und das Vorkommen des Geschwürs am Kopfe von zahlreichen Autoren, so von Fournier, direkt geleugnet wird, ist Verfasser dennoch, in Anbetracht des klinischen Bildes der Affektion, völlig überzeugt, dafs es sich um echte Ulcera venerea mollia gehandelt hat.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über einen seltenen Fall von Ansteckung venerischer Geschwüre und deren Ausgang, von Quattrociocchi. (*Rif. med.* 1893. No. 116.) Ein 76jähriger Mann stellte sich zur Behandlung wegen einer entzündlichen Phimose. Nach Spaltung des Prupaetiums sah man ein grofses phagedänisches Geschwür, das sich 3 cm lang hinter der Glans unter der Penishaut ausdehnte. Dasselbe wurde sorgfältig thermokauterisiert und antiseptisch behandelt, verbreitete sich aber trotzdem unaufhörlich weiter über Peniswurzel und Perineum; ausgedehnte Spaltung des Penisüberzuges und der nekrotischen Aponeurose der Corpora cavernosa vermochten dem Processe keinen Einhalt zu thun, und der Patient starb unter zunehmender Schwäche.

Patient hatte seit 3 Jahren keinen Coitus mehr geübt; die Infektion mufste auf den Umstand zurückgeführt werden, dafs er mit einem an venerischen Geschwüren leidenden Neffen im gleichen Bette schlief und dessen Leibwäsche benutzte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Klinische Bakteriologie des weichen Schankers und der Gonorrhoekomplikationen, von AUDRY. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* Jan. 1893.) Die mikroskopischen Untersuchungen des Verfassers (Färbungen nach BOCK) beziehen sich auf Eiter 1. aus den primären Geschwüren; 2. aus den Inokulationspusteln; 3. aus den Bubonen. In den Fällen, wo die Inokulationen positiv ausfielen, gelang es dem Verfasser auch stets, den „spezifischen" Bacillus im Eiter der Impfpusteln nachzuweisen. Derselbe präsentierte sich unter verschiedenen Formen, welche mit den Beschreibungen von DUCREY und KREFTING übereinstimmen: 1. einzelne, an beiden Enden kolbig verdickte und 2. in Ketten gruppierte Bacillen (Streptobacillen UNNAS). Sie befinden sich sowohl aufserhalb als innerhalb der Eiterkörperchen, in letzterem Falle dann meist gruppiert.

Unter vier Fällen von Schankerbubonen konnte er den beschriebenen Bacillus nur einmal nachweisen. Er schliefst hieraus, dafs die Adenitiden beim Ulcus molle entweder 1. exquisit virulent sind und unter dem direkten Einflusse des spezifischen Bacillus stehen, oder 2. einfach entzündlich sind, einfache Tumefaktion oder mit Ausgang in Eiterung; hier wären die gewöhnlichen Eiterreger im Spiele; 3. gar keine Mikroorganismen enthalten, resp. zur Zeit der Untersuchung nicht mehr enthalten.

Was dann den Befund an Mikroorganismen im Urethraleiter bei Gonorrhoe-Komplikationen betrifft, so hält Verfasser an seinen früheren Aussagen fest und hält sich auf Grund zahlreicher Untersuchungen zu folgenden Behauptungen berechtigt:

1. In allen Fällen von gonorrhoischen Komplikationen (in Gelenken etc.) befanden sich neben dem Gonococcus noch verschiedene andere Mikroorganismen (welche als die Urheber der Komplikationen zu betrachten sind). Umgekehrt:

2. In der Mehrzahl der Fälle, wo solche von Gonokokken verschiedene Mikroorganismen neben jenen zugegen sind, kann man annehmen, dafs Komplikationen eintreten werden, resp. dafs solche vorhanden waren oder es noch sind.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Behandlung abscedierender Bubonen mittelst Injektionen von Jodoformsalbe, von W. K. OTIS. (*Journ. cut. et gen.-ur. dis.* Mai 93.) Nach dem Vorgang von HELM und von POTAIN hat Verfasser folgende Methode mit dem besten Erfolg bei 14 Fällen von vereiternden Bubonen angewandt: nach gründlicher Desinfektion wird ein schmales Skalpell in die Abscefshöhle eingestochen, der Eiter sanft ausgedrückt und die Höhle mit Sublimatlösung gründlich ausgespült, worauf dieselbe mit einer 10%igen, durch Erwärmen eben flüssig gemachte Jodoformvaselinsalbe ausgefüllt wird. Sofort nach dem Einspritzen der warmen Salbe wird ein kalter Umschlag mit Sublimat aufgelegt, so dafs dieselbe wenigstens an der Wundöffnung sofort hart wird. Die Patienten werden dann mit einem festen Spicaverband versehen, der vier Tage liegen bleibt.

Philippi-Nieheim.

Über den Wert der Abortivbehandlung des Bubo nach der WELANDER schen Methode, von A. BROUSSE und P. BOTHEZAT-Montpellier. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 347.) WELANDER hatte zur Abortiv-Behandlung des Bubo eine 1%ige Behandlung von Hydrarg. benzoicum empfohlen, von der man 1 g in die Umgebung des Bubo einspritzen sollte, und LOETNIK (Odessa) hatte von diesem Verfahren gleichfalls grofse Erfolge gesehen, nämlich 87% rasche Heilungen. Die Verfasser haben dasselbe nun in 10 ausgesuchten Fällen — die auszugsweise mitgeteilt werden — nachgeprüft; in diesen 10 Fällen liefsen der Schmerz, die Entzündung und die

Gröfse der Anschwellung eine Eiterung erwarten. Und diese Eiterung ist in der That auch nur einmal ausgeblieben, d. h. die Einspritzung hatte den gewünschten Erfolg nicht. Wohl aber stellte sich bei allen Patienten ein ausgesprochenes Unwohlsein mit Kopfschmerz, Übelkeit (einmal auch Erbrechen), Fieber (38—39,5°) ein. Dies Unwohlsein suchen die Verfasser in zum Teil merkwürdiger Weise zu erklären: „ . . . . oder die Phagocyten haben infolge der Einwirkung des Hydrarg. benzoicum an Vitalität eingebüfst und lassen nun die vorher schon im Bubo vorhandenen Mikrobien ungehindert ins Blut übertreten." *Türkheim-Hamburg.*

Zur Behandlung der Bubonen, von Maximilian Richter. (*Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark.* 1893. No. 5. *Therap. Blätter.* 1893. No. 6.) An 30 Fällen von Bubonen übte Richter die Behandlung mit Hydrargyrum benzoicum; Fälle, die nicht Tendenz zur Eiterung zeigten, wurden nicht zu dieser Behandlung herangezogen. Die Injektionen wurden unter strengster Asepsis an drei Stellen ausgeführt; heftige Schmerzen und Fieber bis 40,2° traten fast stets ein. In zwei Fällen stellte sich Gelenkschwellung an der Hand ein, die jedoch spontan verschwand. Ein Verschwinden der Fluktuation, eine Resorption des Eiters fand nicht statt. Sechs Fälle gelangten ohne operativen Eingriff zur Heilung, in den übrigen mufste punktiert werden; eingreifendere Operationen waren aber in keinem Falle nötig.

Die mittlere Krankheitsdauer betrug 27½ Tage. In einigen Fällen wollte die abgehobene Haut sich nicht anlegen; einige Tropfen einer 15%igen Chlorzinklösung injiciert, rufen bald die Anlegung hervor. Im ganzen ist der Verfasser mit den Ergebnissen der Behandlung sehr zufrieden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung des vereiterten Bubo, von Orville Horwitz. (*New York med. Record.* 7. Januar 1893.) Über 704 Fälle eitriger Bubonen berichtet der Verfasser. Er rät auf Grund seiner Erfahrungen, auch bei Fluktuation nicht gleich zu operieren, sondern so lange als möglich zu warten, damit die Drüse vollständig erweicht, ausgedehntere Ausräumung unnötig wird. Incision, Evidement ohne Abtragung aller Drüsenreste, Austupfen mit reiner Karbolsäure, Tamponade. Die Wundränder trägt man am besten ab, um die Tiefe ordentlich freizulegen und die Bildung serpiginöser Geschwüre zu verhüten. Die Behandlung war meistens eine ambulante. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von bilateraler Gangrän der Lidhaut, von Mitvalsky. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*) Im Anschlufs an ein Gesichtserysipel trat bei einer 55jährigen Tagelöhnerin eine akute Phlegmone beider Oberlider auf, welche unbeweglich, stark gerötet bis cyanotisch prall gespannt und sehr geschwollen waren. Es wurde der gröfste Teil der Lidhaut gangränös; eine Menge dicken Eiters entleerte sich. Nach drei Wochen war alles mit glatter, verschieblicher Narbe geheilt. Im Eiter fanden sich viele Streptokokken.

Bei einer 77jährigen Frau, seit Jahren an uteriner Leukorrhoe leidend, wurden alle vier Augenlider gangränös. Die Sektion der nach zwei Tagen gestorbenen Patientin ergab eitrige Endometrititis, eitrige Salpingitis und allgemeine Sepsis. Es handelt sich nach Verfasser um mykotische Embolien der vom Arcus tarsi entspringendem Arteriolae. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Erythema infectiosum, von V. Hutinel. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 167.) Das Erythema infectiosum, das nach Typhus, Diphtherie, Röteln, Scharlach, Angina u. s. w. zur Beobachtung kommt, ist seiner Natur nach immer das nämliche. Es entsteht im Verlaufe, während des Ablaufes oder während der Rekonvalescenz von den genannten Krankheiten. Das Erythem besteht aus kleinen, kurz dauernden Flecken

die nur wenig hervorragen, zuweilen aber ekchymatös werden. Es beginnt mit Vorliebe an den Gelenken der Extremitäten und breitet sich dann auf der Rückfläche der Gliedmafsen weiter aus. Der Ausschlag kann alle Formen des Erythema polymorphum annehmen; ist bald ausgebreitet, bald nur spärlich; jedoch ist dieses Verhalten ganz unabhängig von der Schwere der Allgemeinerkrankung. Auf den Schleimhäuten kommt ein gleichzeitiges Erythem niemals vor; hingegen sind Lippen, Mund, Rachen u. s. w. häufig der Sitz von Geschwüren, und diese bilden wohl die Eingangspforten für den dem Ausschlag zu grunde liegenden Streptococcus. — Meistens verläuft das Erythem gutartig, es kommen aber auch schwere Formen mit tödlichem Ausgange vor. *Türkheim-Hamburg.*

Über angeborene Elephantiasis, von Moncorvo-Rio. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 233.) Moncorvo teilt drei selbst beobachtete, sehr interessante Fälle von angeborener Elephantiasis mit. In dem ersten Falle, wo es sich um eine fibröse Verdickung beider Unterschenkel handelte, gelang vollständige Heilung durch Wickelungen und Elektrotherapie. Im zweiten Falle war ein Teil der Bauchhaut und die ganze linke Unterextremität, im dritten endlich neben der rechten Oberextremität ein Teil des Rumpfes ungeheuer verdickt und vergröfsert. Die beigegebenen Holzschnitte tragen wesentlich zur Veranschaulichung bei.

Des weiteren verbreitet sich der Verfasser über die Ätiologie der Elephantiasis und liefert eine übersichtliche Darstellung des bis jetzt Bekannten. Er teilt die namentlich von französischer Seite aufgestellte Ansicht, dafs der Streptococcus Fehleisen in ursächlicher Beziehung zur Elephantiasis stehe und nimmt an, dafs dieser Pilz so gut wie andere Keime die Placenta durchbrechen und im Fötus Gefäfsreizung und jene ungeheure Bindegewebswucherung verursachen könne.

In dem ersten der drei Fälle wurde die Filaria sanguinis im Blute nicht gefunden. Bei den beiden anderen fehlt die Angabe. *Türkheim-Hamburg.*

Vereiterte und zu Plaques angeordnete Perifolliculitiden des Handrückens, von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1893. No. 12.) Vortragender stellte eine 66jährige Tagelöhnerin vor, welche an dem einen Handrücken eine mehrere Millimeter über die Umgebung erhabene rundliche Plaque trägt, deren Oberfläche siebartig von zahlreichen gelben Punkten durchsetzt ist, aus denen eitriges Sekret hervorquillt bei reichligem Drucke; keine subjektiven Beschwerden. Diese Affektion wurde zuerst von Leloir näher beschrieben und gehört nach D.'s Ansicht zu den Varietäten der acquirierten Folliculitiden und Perifolliculitiden Besniers. Die Patientin hatte sich vor einiger Zeit eine Verletzung am Finger zugezogen und dieselbe mit Flachssamenüberschlägen behandelt. Da es hierbei nicht überaus reinlich zugegangen sein mag, glaubt Vortragender, die Entstehung der Affektion auf diese Behandlungsmethode zurückführen zu können.

Die Therapie bestand in Entleerung der vereiterten Follikel und Auflegen von Sublimatkompressen (1‰), später in der Applikation des galvano-kaustischen Gitters von Besnier und Auslöffelungen mit der Kurette. Die Heilung trat sehr rasch und definitiv ein. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mora-Paris empfiehlt folgende **Behandlung der Sycosis**: Der Patient reinigt 2mal täglich die kranken Stellen gründlich mit absolutem Alkohol, eröffnet die Pusteln, sobald sie sich bilden, mit einer ausgeglühten Nadel und betupft sie mit absolutem Alkohol; endlich bepinselt er die afficierten Partien mit folgender Mischung:

Ol. essent. cinamomi Ceylon 4,0
Ol. amygd. dulc. 8—12,0.

Zur Linderung des zuweilen bei dieser Procedur eintretenden heftigen Brennens dienen Pulverisationen mit Althaea-Infus, dem etwas Borsäure zugetzt wird. (*La riforma medica* 1893. No. 112.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zwei Fälle von Unterlippenkarbunkel berichtet Hansen (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 24), welche einen Mann von circa 40 und eine Frau von circa 60 Jahren betreffen. Der erstere hatte ein kleines Bläschen an der Lippe gehabt und dasselbe abgekratzt, die letztere, mit einer Schrunde an der Lippe behaftet, alten Käse gegessen. Die Therapie mufs in solchen Fällen eine energische sein. Tiefe Incisionen gestalten den Verlauf zu einem sehr günstigen.

Clever behandelt einen Fall mit Injektionen von 2% Karbolsäurelösung rings um die Infiltration; es trat schnelle Erweichung und Eiterung mit Ausgang in Heilung ein.

Plotnikow warnt vor Verwechselung mit Pustula maligna. Bei einem Matrosen trat in letzterem Falle nach ausgiebiger Spaltung bereits am Abend der Tod ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung des Erysipels mittelst Chlorophenol und Bromophenol, von Tchourilow. (*Sem. méd.* 1893. No. 34.) Chlorophenol ist ein krystallinischer Körper, Bromophenol eine dunkelviolette Flüssigkeit; beide sind leicht in Wasser, Alkohol, Alkalien löslich. 1—2% Salben wurden bei 20 Fällen von Erysipel 2 bis 3 mal täglich eine Minute lang eingerieben, was nur ein wenig, in 2 bis 3 Minuten schwindendes Stechen verursachte. Zuweilen schon nach zwei Einreibungen schwindet Röte und Schmerz, läfst das Fieber nach. Ein Fall dauert 8, alle übrigen nur 3 bis 6 Tage; die Hautschuppung war eine geringere. Verfasser schliefst daraus, dafs das Chlorophenol und Bromophenol der Karbolsäure überlegen sind, was er auch an Kaninchen bei Versuchen mit Milzbrand und Tetanus beobachtete.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der medicinischen Gesellschaft der Pariser Hospitäler rühmt Juhel-Rénoy den Gebrauch des Ichthyol-Traumaticins beim **Gesichtserysipel,** welches viel bessere Resultate liefere als Karbolöl, subkutane Karbolinjektionen, Borsäure, Sublimat etc. Hiergegen wendet Hayem ein, dafs er seit vielen Jahren mit bestem Erfolge Karbolsäure-Alkohol-Lösungen (aa) verwendet, welche auf die Randpartien der erkrankten Stellen aufgetragen werden. (*Rif. med.* 1893. No. 129).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung des Erysipels im Colentina-Hospital, von Petrini-Galatz. (*La Roumanie méd.* 1893. No. 2.)

1. Kalomel-Laxans und Milchdiät.

2. Zweimal täglich Pinselungen mit Sublimat 0,1, Collodium elasticum 60,0 über den Entzündungsherd hinaus. Das Topicum soll gleichzeitig antiseptisch und kompressiv wirken (zur Erreichung des letzteren Zweckes dürfte wohl die Anwendung von Collodium simplex an Stelle des elasticum vorteilhafter sein. Ref.)

3. Am folgenden und den nächsten Tagen bis zur Abnahme des Fiebers: Pillen aus Chinin 0,09—0,12 und Jodoform 0,02—0,03, zweistündlich. Aufserdem Citronen- oder Salicyl-Limonaden. Bei drohenden Hirnsymptomen Blutegel hinter die Ohren als lokale Blutentziehungen. Zur Antisepsis des Nasenkanals Irrigationen mit 5% Borsäurelösungen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Eiterung und Erysipel. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 22.) Nach den Untersuchungen von Marfan befinden sich auf der Körperoberfläche und zum Teil in den natürlichen Körperhöhlen zahlreiche Mikroorganismen (Strepto- und Staphylokokken), welche erst dann pathogene Eigenschaften entfalten, wenn Störungen im

Organismus vorliegen. So erzeugt der Staphylococcus beim lymphatischen Individuum Impetigo, beim kachektischen Ecthyma, beim Diabetiker ausgebreitete Gangrän und Anthrax. Werden Tieren Kulturen vom Eiterungserreger subkutan injiciert, so erfolgt sehr oft gar keine Reaktion, wohl aber, wenn zuvor das Zellgewebe durch Flüssigkeiten auseinandergedrängt worden war. Dies tritt ein beim Erysipel, bei den Phlegmonen der Hydropischen etc. Ähnlich wirken Traumen, konzentrierte Antiseptica und andere chemische Agentien. Von anderen Zuständen, welche im stande sind, die Virulenz der Eiterungserreger anzufachen, sind anzuführen: Dyspepsien (Furunkulose), die Menstruation (menstruelle Furunkulose und Erysipel).

Es bedarf demnach zur Entstehung der Infektionskrankheit des Zusammenwirkens zweier Faktoren: der Mikroorganismen und einer funktionellen Störung des Organismus.

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

In der Société de Thérapeutique rühmte Hallopeau die vorzüglichen Erfolge mit **Ichthyol als Abortivmitel des Erysipels**. Dasselbe wird nach Juhel-Rénoys Vorschrift als Traumaticin (Guttapercha, Chloroform, Ichthyol ℥) rings um die afficierte Fläche aufgetragen; auf letztere selbst, sowie in die Nasenöffnungen kommt eine Salbe aus Vaselin-Ichthyol ℥. Constantin Paul hat dem gegenüber ebensogute Resultate zu verzeichnen gehabt mit Salben aus:

Vaselin. alba	40,0
Calcaria saccharata	10,0
Sublimati	0,05

Aufserdem soll aber der Allgemeinzustand beachtet werden. In letzterem Sinne giebt Ferrand zweimal täglich 6 Tropfen Jodtinktur innerlich. (*Progrès méd.* 1893. No. 26.) *C. Müller-Freiberg (Schweiz).*

Über rheumatische Arthritis bei Erysipel berichtet Richardière, (*Med. Neuigk.* 1893. No. 11.) Drei Arten von Gelenkaffektionen will der Autor bei Erysipel unterschieden wissen. Bei der einen entsteht während des Erysipels eine Entzündung meist eines Gelenkes, welches dem Sitze des Leidens fernliegt; dieselbe ist Ausdruck der Allgemeininfektion und führt in der Regel zur Eiterung. Die andere Form zeigt Gelenkaffektionen im Bereiche der erysipelatösen Gewebe, deren Prognose auch ernst ist. Die dritte hat den Charakter rheumatischer Erkrankungen und steht mit dem Erysipel nur wenig in Verbindung. Die Arthritis tritt während der Defervescenz auf und reagiert auf Natr. salicyl. Drei Fälle letzterer Art hat Verfasser beobachtet, alle an sich leicht, doch mit einer Pericarditis sicca und einer nicht heftigen Endocarditis kompliciert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Legendre und Beaussenat befürworten in der Société médicale des Hôpitaux (*Progrès méd.* 1893, No. 25.) den Gebrauch **kalter Bäder bei schweren Formen von Erysipel.** Nicht allein die Hyperthermie bietet hierzu eine Indication, sondern jede ernstere Komplication, wie Delirium tremens, Bronchopneumonie, Herz- und Nierenstörungen, wo die Antiseptica nur sehr unsicher wirken; bessere Resultate als letztere lieferten in vier Fällen intradermale Injektionen von Acidum lacticum als lokales Antisepticum. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Behandlung des Erysipels, von Kolaczek. Breslau, (*Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 28.) Ein seit 10 Jahren erprobtes Verfahren empfiehlt Verfasser: Anfangs bedeckte er den ganzen erysipelatösen Bezirk bis handbreit in die normale Umgebung mit Gummipapier, das in 5%ige Karbollösung getaucht war und durch Watteschicht und feste Bindeneinwickelung recht innig und faltenlos an die Haut angepreſst wurde. Nach 24 Stunden wurde der Verband erneuert. In letzter Zeit hat Verfasser

das Gummistück liegen lassen und nur durch entsprechende Stücke beim Fortschreiten des Processes ergänzt; oft war nach mehreren Tagen bei der Abnahme das Gummipapier so mit der Haut verklebt, dafs sich die Epidermis mit ablöste. Natürlich ist dieser Verband am leichtesten an den Extremitäten, schwerer am Rumpf, am schwersten im Gesicht applicierbar. Die Erfolge sollen sehr günstige sein. Verfasser erklärt dieselben durch die Aufhebung der Perspiration. Die giftigen Perspirationsgase, die Zersetzungsprodukte von Schweifs und Talg, die von den Kokken producierten Ptomaine sollen auf ihre Erzeuger entwickelungshemmend wirken. Die neuerdings empfohlene Kollodiumbehandlung wirkt vielleicht in gleicher Weise.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von destruierender septischer Phlegmone (eigene Krankengeschichte eines Arztes), von Intlekofer. (*Deutsche med. Woch.* 1893. No. 26.) Der Verfasser und Patient zog sich bei der Beseitigung einer narbigen Stenose des Orificium urethrae eine Verletzung mit der Schere zu. Die kleine, nur mit Heftpflaster verbundene Wunde wurde später bei dem Verbande eiteriger Wunden inficiert, und es entstand eine tiefgreifende, ausgedehnte phlegmonöse Zerstörung, sowie eine Gangrän des halben Mittelfingers. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kalte Abscesse, von H. Roger. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 1892. No. 32.) Bei einem 6jährigen Knaben entstanden langsam multiple Abscesse der Haut nach Art tuberkulöser, die nur Staphylococcus pyogenes aureus, keine Tuberkelbacillen enthielten. Die subkutane Injektion einer Bouillonkultur erzeugte tödliche ausgedehnte Ödeme, keine Eiterung; die intravenöse Injektion rief echte Septikämie hervor. Verfasser schliefst daraus, dafs dasselbe Mikrobion — Staphylococcus pyogenes aureus — je nach den Bedingungen des tierischen Organismus als Nährboden verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen kann, und umgekehrt dasselbe Leiden, z. B. ein kalter Abscefs, durch verschiedene Mikrobien bewirkt sein kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mikrokokken in dem Blute bei Mycosis fungoides, von Vidal. (*Le Bullet. méd* 1892. No. 26.) In der Sitzung der Académie de médicine zu Paris vom 29. März 1892 wurde folgende Mitteilung Vidals (überreicht den 30. Juli 1885) verlesen:

In Gemeinschaft mit Marfan fand V. in den Epidermiszellen der Barthaarscheiden und in den Barthaaren Mikrokokken, wie sie Auspitz bei dieser Dermatose beschrieben. Auch im Blute fanden sich ähnliche Kokkenanhäufungen, die zum Theil in das Innere der weifsen Blutkörperchen eingedrungen schienen. Impfungen blieben erfolglos. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Rhinosklerom, von André Casté. (*Rev. de laryngol.* 1892. No. 6 nach *Deutsche Med. Ztg.* 1893. No. 53.) Verfasser giebt eine Darstellung des besonders in Österreich vorkommenden Leidens mit Illustration der mikroskopischen und bakteriologischen Befunde. Exstirpation ist bei abgegrenzten Leiden das beste, Galvanokaustik und Auslöffelung haben geringeren Wert. Eventuell ist die einfache Dilatation der Nasengänge vorzunehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Postmortale Befunde bei Framboesia, von B. Rake. (*Brit. Journ. of derm.* Dec. 1892.) Um gegen die von ihm bekämpfte Behauptung, dafs dieses Leiden ein Symptom der Syphilis sei, weitere Gegenbeweise zu erbringen, hat Verfasser die Sektionsberichte des Trinidad Leper Asylum nachgesehen und vier Berichte von Autopsieen von Leprakranken, die zugleich an Framboesia litten oder nicht ganz lange vor ihrem Tode gelitten hatten, zusammengestellt. Bei keinem dieser Fälle hatten sich an den inneren Organen irgend welche Läsionen syphilitischer Art

gefunden, und obgleich, wie Verfasser zugiebt, bei dreien der Kranken die Framboesia zur Zeit des Todes geheilt war, so müfsten doch die inneren Läsionen (Gummata) nachzuweisen gewesen sein. Auch fehlten alle Anzeichen einer Primärläsion (Schanker) vollständig. *Philippi-Nieheim.*

Zur Ätiologie und Therapie der Stomatitis, von BERNABEI. (*Rif. med.* 1893. No. 137.) Vortragender geht vom Gedanken aus, dafs alle Stomatitiden infektiöser Natur sind, und zwar spezifischer (Diphtherie, Mycosis, Tuberkulose, Syphilis, Rotz und Milzbrand) oder nichtspezifischer (katarrhalisch, aphtös, merkuriell, skorbutisch gangränös). Beim Zustandekommen einer Stomatitis wirken zwei Momente: 1. prädisponierende Momente (Intoxikation und Auto-Intoxikation, neuro-muskuläre Störungen, wie bei der Dentition), welche Epithelläsionen erzeugen, und 2. die bakterielle Proliferation. Hieraus erklärt sich auch der günstige Effekt des Sublimats bei allen Arten der Stomatitis, auch der merkuriellen. Aufser einer lokalen Therapie bedarf es jedoch, neben gründlicher Darmantisepsis, einer allgemeinen; so wirkt z. B. bei Stomacace das schwach antiseptische Kalium chloricum, innerlich dargereicht, sehr günstig. Die meisten Stomatitiden sind bacilläre und toxisch-infektiöse, lieben jedoch das Bild einer Symbiose, indem neben einem bestimmten, den Procefs beherrschenden Bacillus Kokken angetroffen werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Progressive Ernährungsstörungen.

Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage. Protozoenähnliche Gebilde (RUSSELsche Körperchen) in den Hauttumoren, von K. TOUTON. *Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.* 1892. Heft 2.) Bei einem 57jährigen, abgesehen von Hämorrhoidalblutungen und chronischer Bronchitis, immer gesund gewesenen Metzger entsteht nach zweijähriger Zunahme des Hustens und Auftreten einer Schwäche in den Beinen folgendes Bild: Steigerung der Mattigkeit, Zunahme des Hustens, Appetitlosigkeit, schlechter Schlaf, abendliches Frösteln, Schmerz und Schwellung in der Lebergegend, rascher Ausbruch eines ausnehmend reichlichen Knotenausschlages, histologisch von dem Charakter gemischter Rund- und Spindelzellensarkome, fast über den ganzen Körper mit Jucken, Brennen und heftigen, krampfartigen Gliederschmerzen, Schmerzen in den Knochen spontan und auf Druck Lymphdrüsenschwellung unter dem Kieferwinkel, geringgradiger in der Leistengegend, später im Nacken. Dazu gesellen sich skorbutähnliche Zahnfleischwellung, Foetor ex ore, gelb-weifse zerfallene Infiltrate der Tonsillen, am weichen und harten Gaumen und der Oberlippe mit quälender Trockenheit und Brennen im Halse und Munde, ferner Schwerhörigkeit. Nahezu vollständiger Rückgang durch Arsen. Später Blutung aus Darm, den oberen Verdauungs- und Luftwegen. Vollständige Heilung 1 Jahr nach Beginn des Leidens. — Rotz, medikamentöses Knötchenexanthem, Syphilis konnten ausgeschlossen werden. Erst die Vorträge von ARNING und JOSEPH über Pseudoleukämie klärten Verfasser über die Diagnose auf. Eine Blutuntersuchung war nicht vorgenommen worden. Bezüglich des genauen mikroskopischen Befundes auf das Original verweisend, will ich nur noch die protozoenähnlichen Gebilde erwähnen, die Verfasser bei Färbung mit Hämatoxylin und Eosin (resp. Safranin) mitten in den Geschwulstzellnestern fand, eingehend schildert und abbildet. Dafs es wirklich Protozoen sind, glaubt Verfasser, wie er in einer Nachschrift sagt, selbst nicht.

(Dafs es sich hier um eine akute Leukämie handelte, ist wohl nach dem gutartigen Verlauf nicht anzunehmen. Ob es eine akute Pseudoleukämie war, ist fraglich,

zumal der Begriff „Pseudoleukämie“ beinahe ebensowenig geklärt ist, wie der Begriff „Hautsarkomatose“. Es werden zweifellos unter Hautsarkomen viele Leiden zusammengeworfen, die uns hoffentlich die pathologischen Anatomen bald trennen lehren werden. KUNDRAT hat ja jüngst schon mit der Klärung begonnen. Der vorliegende Fall ist jedenfalls ebenso interessant, wie in seiner Deutung zweifelhaft. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einen Fall von Akromegalie zeigt RIEDER im Ärztlichen Verein Münchens. BOLLINGER demonstriert dann mehrere Abbildungen aus der Sammlung des pathologischen Instituts und bespricht die unklare Deutung der Erkrankung. Bei dem vorgestellten Fall sei ein äufserer Reiz die Ursache gewesen. Als 9jähriger Knabe habe Patient einen Hufschlag erlitten, und von der getroffenen Stelle sei das Riesenwachstum ausgegangen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Primäres Carcinom der Brustwarze, von G. MANDRY. (*Beitr. zur klin. Chir.* Bd. 10.) Eine erbsengrofse Geschwulst der Brustwarze erwies sich mikroskopisch als Epithelialcarcinom, das an den Mündungen der Ausführungsgänge begonnen zu haben schien. Die Bezeichnung „PAGETS disease“ will der Verfasser nicht gelten lassen, da PAGET die carcinomatöse Natur des Leidens nicht erkannte, sondern nur betonte, dafs an manche scheinbar günstige Affektionen der Warze sich häufig maligne Neubildungen anschliefsen. (Jedenfalls ist es PAGETS Verdienst, zuerst auf diese Affektionen an der Mamilla hingewiesen zu haben. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Heilbarkeit des Ulcus rodens ohne örtliche Behandlung, von Dr. O. LASSAR. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 15.) In der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 29. März stellte L. 2 Fälle mit folgenden Bemerkungen vor: Anfangs November v. J. ging ihm eine Dame mit Ulcus rodens zu, dasselbe war auf der Mitte des Nasenrückens seit dem Sommer bis zu 1 cm Durchmesser gewachsen. Ein plastischer Abdruck und ein in natürlicher Gröfse aufgenommenes Photogramm geben den damaligen Zustand wieder. Gewifs wäre es nun ein leichtes gewesen, durch operative Fortnahme des krankhaften Gewebes der Neubildung Einhalt zu thun. Die unbestrittene Identität aber dieser atypischen Geschwürsbildung mit dem in Zerfall begriffenen Epitheliom liefsen es angezeigt erscheinen, einem anderweitigen Heilversuch vorerst den Vorzug zu geben, dessen mehrfache Erprobung nicht ohne prinzipiellen Belang bleiben durfte. Sie wurde deshalb mit Arsen behandelt, und zwar hat sie in den Monaten December und Januar etwa 25 Arseninjektionen und daneben innerlich FOWLERsche Lösung erhalten. Seit dem 21. Januar ist eine vollständige Überhäutung eingetreten. An Stelle des tiefen und unregelmäfsig gebuchteten Geschwürsbodens findet man jetzt eine flache, glatte, wenig eingesunkene Narbe. Zur Vorsicht ist die Arsenbehandlung noch im Laufe des Februar fortgesetzt worden, dann aber nichts mehr geschehen. Von jeder örtlichen Therapie wurde Abstand genommen, und damit ist ein erneuter Beweis dafür gewonnen worden, dafs es möglich ist, eine maligne Neubildung dieser Art in ihrem bis zum Beginn der Therapie stetigen Fortschritt zu hemmen, die Geschwürsfläche zu reinigen und der natürlichen Regeneration durch Überhäutung vom Rande her den Weg zu ebnen, kurz, ein Ulcus rodens ohne direkten Eingriff, lediglich durch Inkarzeration eines unserer gebräuchlichsten Medikamente zu heilen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Fall von Ulcus rodens der Nase, von Dr. APOLANT. (*Berl. klin. Wocherschr.* 1893. No. 28.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 7. Juni stellte A. einen Patienten vor, der bei einem bestehenden Ulcus rodens der Nase ein Gesichtserysipel acquirierte, wobei das Ulcus rodens vollkommen heilte.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Inokulabilität des Epithelioms und des Krebses, von MOREAU. (*Presse méd. belge.* 1893. No. 29.) Verfasser teilt folgende Resultate seiner diesbezüglichen Experimente mit:

1. Das cylinderzellige Epitheliom der weifsen Maus ist übertragbar auf Tiere derselben Species, und zwar sowohl durch Inokulation, als durch Ingestion.

2. Heredität spielt eine bedeutende Rolle bei der Entwickelung dieser Tumoren.

3. Traumata begünstigen und beschleunigen ihre Verbreitung, ebenso Schwangerschaft und Geburt.

4. Die Tumoren erzeugen Gifte, welche nach ihrer Absorption zu Kachexie führen.

5. Sie scheinen an Virulenz einzubüfsen nach ihrer Passage durch mehrere Tiere (derselben Species).

6. Solange keine Ulceration hinzugetreten, enthalten sie keine Mikroorganismen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Der Parasitismus des Epithelialcarcinoms, sowie der Sarko-, Mikro- und Myxosporidien im Muskelgewebe. Fünfzehn Photogramme mit erläuterndem Text, von L. PFEIFFER. (*Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Vereins i. Thür.* 1893. No. 5.) Zum Beweise der Ansicht des Verfassers, dafs Protozoen die Urheber des Carcinoms sind, bringt PFEIFFER Abbildungen von Carcinomen und Sporozoentumoren. Diese sollen illustrieren, dafs die Carcinomzelle nicht nur der Epithelzelle, sondern auch verschiedenen Parasitenzellen gleiche; dafs die von Protozoen hervorgerufenen Tumoren in gewissen Stadien ganz den Carcinomen gleichen. Muskelgeschwülste hat er deshalb ausgewählt, weil in den Muskelzellen die epithelähnlichen Gebilde sich gerade gut unterscheiden lassen. Für die Sporozoen, verwandt den Infusionstierchen und Amöben, gilt der Satz: je niederer der Entwickelungszustand, je vollständiger die Anpassung an die Wirtszellen erfolgt ist, desto gröfser die pathogene Kraft und die Zellenverwüstung im Wirte. Die hoch entwickelten drei- und eingliedrigen Gregarinen, die Coccidien und Hämosporidien sind auf den Tafeln nicht vertreten, dagegen die Sarkosporidien, Mikrosporidien und Myxosporidien, über die Verfasser genauere Angaben macht. Er erläutert darauf die abgebildeten Tumoren besonders mit Rücksicht auf ihre Ähnlichkeit mit Epithelcarcinomen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sekretionsanomalien.

Hyperidrosis unilateralis faciei, von SALO KAISER. (Inaug.-Dissert. München 1891.) RAYMOND teilt die Fälle von Ephidrosis unilateralis in 4 Gruppen:

1. Infolge materieller Veränderungen des Centralnervensystems.

2. Infolge von Affektionen des Halssympathicus.

3. Infolge von Affektionen der Gesichtsnerven (Facialis und Trigeminus).

4. Infolge reflektorischer Störungen, deren Ausgangspunkt auf einer Erregung der Geschmacksnerven, der Nerven der allgemeinen oder speziellen Sensibilität oder auch auf einer psychischen Störung beruht.

Verfasser fügt noch hinzu als neue Klasse:

5. Ephidrosis unilateralis als Begleit- und Folgeerscheinung infektiöser Krankheiten ohne jedes andere Symptom seitens des Nervensystems. — Nachdem Verfasser sodann zwei entsprechende Fälle berichtet (Ephidrosis unilateralis faciei bei Typhus abdominalis und bei Apoplexia cerebri), geht er auf die Erklärung des Vorgangs in den verschiedenen Klassen ein. In der ersten ist natürlich eine Läsion der Schweifscentren anzunehmen, in der zweiten ist der Vorgang deshalb etwas unklar, weil die

Ephidrosis sich bald mit Verengerung, bald mit Erweiterung der Papillen kombiniert. Die Landoissche Hypothese, dafs der Sympathicus Schweifs erregen könne durch seine Gefäfsnerven einerseits, seine schweifserregenden Fasern andererseits, dafs also Lähmung (scil. der Vasokonstriktoren) und Reizung (scil. der schweifserregenden Fasern) des Sympathicus zur Hyperidrosis führen können, mufs da zur Hülfe genommen werden. — Dafs Reizung des Trigeminus und Facialis, die ja beide Schweifsfasern führen, Hyperidrosis bewirkt, ist verständlich, nicht aber, dafs Lähmung des Facialis dieselbe zur Folge hat, wie es von Winscheid in 2 Fällen berichtet ist. — Die reflektorische Ephidrosis erklärt Raymond als „lokalisierte Nervosität", die Entstehung derselben bei Infektionskrankheiten ist uns noch nicht verständlich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Seborrhoe, von L. Brocq. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 182.) Brocq unterscheidet vier Hauptformen der Seborrhoe des Kopfes, die sich leicht noch wieder in Unterabteilungen zerlegen lassen.

Bei der ersten Form, der Seborrhoea pura oder Pityriasis capitis, handelt es sich um eine reichliche Absonderung kleiner trockener Schuppen. Bei der zweiten Form sind die Haare fettig, wie eingeölt; es besteht ein graufarbenes Sekret, das zu fettigen Schuppen eintrocknet. Die Haare fallen aus; dabei Brennen auf dem Kopfe. Das hervorstechendste Symptom der dritten Form ist ein überaus reichliches öliges Sekret. Die vierte Form endlich bildet das Eccema seborrhoicum Unna.

Die Seborrhoe befällt bei der Frau den ganzen Kopf, beim Manne nur die Mitte desselben. Sie scheint in früheren Jahren bei den Frauen seltener gewesen zu sein, was Brocq darauf zurückführt, dafs die Frauen früher nicht so viel zu lernen brauchten, wie jetzt.

Da die Seborrhoe sich namentlich bei gichtisch veranlagten Menschen findet, so wird die Allgemeinbehandlung eine dementsprechende sein müssen; namentlich Ableitung vom Kopfe. Bei Männern empfiehlt sich Abschneiden der Haare und Waschungen mit adstringierenden Wassern, z. B. Tannin 1,0—2,0; Alumin. 2,0—4,0; Aq. dest. 200,0. Bei den Frauen, wo die Haare geschont sein wollen, findet am besten der Schwefel Verwendung:

Sulf. praecip.	25,0
Spirit. camphor.	50,0
Glycerin. pur.	8,0
Aq. dest.	250,0

Diese Lösung ist vorm Gebrauch stark zu schütteln, mehrere Abende hintereinander aufzutragen. Hat sich dann auf der Kopfhaut eine dicke Schicht gebildet, so wird sie mit Seife und Panamarinden-Abkochung vorsichtig entfernt, die Haut mit Petroleumäther betupft. Alsdann wird die Schwefellösung wieder aufgetragen, bis man merkt, dafs der Schwefel nicht mehr haftet — ein Zeichen der beginnenden Heilung. Er wird dann durch Sublimatlösung ersetzt. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Ephidrosis cruenta, von Mc Call Anderson und R. Jack. (*Glasgow. med. Journ.* Mai 1893.) Ein 12jähriges, noch nicht menstruiertes, sonst gesundes Mädchen zeigte schubweise auftretende, eigentümliche, erythematöse, hämorrhagische Fleckchen am Gesicht, sowie an anderen Teilen des Körpers. Das Leiden hatte bereits 1½ Jahre bestanden, indem stets neue Läsionen in Zwischenräumen von 2—14 Tagen hervortraten. An den befallenen Gebieten löst sich das Corium in geringem Umfange ab, eine meist seröse, zuweilen blutig tingierte Flüssigkeit entleert sich, worauf die Stelle unterm Schorfe abheilt. Der Fall wird als ein Beispiel von vikariierender Menstruation aufgefafst. Einen analogen Fall hat A. bereits vor vielen Jahren beschrieben. Die Therapie war relativ erfolgreich. *Philippi-Nieheim.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Kleinere Mitteilungen über Tättowierung. (*Correspondenzbl. der deutsch. Gesellsch. f. Anthrop., Ethnol. u. Urgeschichte.* 1892. No. 6.) Es werden vier Briefe aus München veröffentlicht, aus denen hervorgeht, dafs das Tättowieren in München nichts Seltenes ist SEIDEL fand im Garnisonlazareth unter 490 Personen 47 Tättowierte. In einem Briefe giebt ein Graveur, der sich mit dem Tättowieren beschäftigt, seine Methode an, bei der er flüssige Farbe verwendet, in die er seine Nadeln eintaucht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Tättowierungen und die erfolgreiche Beseitigung derselben, von A. H. OHMANN-DUMESNIL. (*New York med. Journ.* 20. Mai 1893.) Nach einer kurzen, aber anziehenden Besprechung des Vorkommens der Tättowierungen bei civilisierten und wilden Völkern (unter Befolgung der Einteilung: 1. kosmetische, 2. symbolische, 3. erotische, 4. obscöne, 5. vermischte) giebt Verfasser eine ebenfalls kurze Schilderung der pathologischen Anatomie dieser artificiellen Läsionen und beschreibt seine Methode der Beseitigung derselben mittelst des Papoidglycerols (Johnson & Johnsons Glycerole of Papoid). Man taucht ein Bündel von 6—10 feinen Nadeln, die mit einem Seidenfaden fest zusammengebunden sind, in die Lösung und treibt sie mit einem festen Schlag in die tättowierte Hautstelle ein. Manche Stellen müssen auch zweimal vorgenommen werden. *Philippi-Nieheim.*

Das Tättowieren vom medizinischen und anthropologischen Standpunkte, von J. NEUMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 27—29.) Unter Berücksichtigung seines reichen Krankenmaterials bespricht NEUMANN das Wesen, die Verbreitung und die Ausführung des Tättowierens. Als Färbemittel dienen: Lampenrufs, Tusche, Schiefspulver, Indigo; zur Erzeugung roter Farbe Zinnober. Gelöste Farbstoffe geben keine dauernde Färbung, metallische gehen durch Überführung in Schwefelverbindungen bald ins Schmutzigbraune oder Schwärzliche über. Als üble Folgen sind Erysipel, Syphilis beobachtet. Zur Beseitigung von Tättowierungen sticht VARIOT in konzentrierte Tanninlösungen getauchte Nadeln ein, bestreicht darauf die Stelle mit Arg. nitr., bis eine dunkelblaue Farbe entsteht. Es bildet sich eine Kruste, die nach 14—18 Tagen abfällt und eine etwas gerötete Narbe hinterläfst. Die Farbstoffe gelangen nicht über die nächsten Lymphdrüsen hinaus. In der Haut bleiben die Farbstoffe unter dem Rete liegen, wo sie hingebracht sind, während z. B. bei Argyrie die Partikelchen sich in den Wandungen der Blutgefäfse und der Drüsen anhäufen. Mit der Tättowierung von Naevis, die PASCHKIS jüngst wieder angeregt hat, hat er früher keine günstigen Erfolge gehabt. Die Schlufssätze des Verfassers sind:

1. Die Tättowierungen haben in socialer und anthropologischer Beziehung besondere Bedeutung.

2. Zu medizinischen Zwecken sind sie wohl nur für die Cornea und die Darstellung des Lippenrot zu verwenden, während die Naevi bisher in keiner Weise in der Farbe derart geändert wurden, dafs sie den normalen Teint der Haut wiederherstellen.

3. Tättowierungen vermitteln eine Reihe von Infektionskrankheiten, vorwiegend Syphilis.

4. Die durch Tätowierungen eingebrachten ungelösten Substanzen bleiben an den Cutisfasern haften, ebenso im Panniculus adiposus. Einzelne Partikelchen dringen, wahrscheinlich durch die eröffneten Lymphgefäfse bis zu den nächsten Lymphdrüsen, wo sie als fremde Körper in der Kortikalsubstanz liegen bleiben.

5. Die Tättowierungen scheinen bei uns in den letzten Decennien in keiner Weise

abgenommen zu haben. Sie scheinen bei gebildeten Personen selten zu sein. Die Angaben über die schlechte Moral der tättowierten Personen kann Verfasser nach seinem Material nicht bestätigen.

(Erwähnt hätte noch werden können, dafs auch Übertragung von Tuberkulose durch Tättowierung beobachtet worden ist. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mifsbildungen.

Rendu berichtet über eine vielgliedrige Familie mit zahlreichen Zwillingsgeburten, bei der unter den Zwillingsgeschwistern auffallend häufig **überzählige Brustwarzen** vorkamen. R. schliefst hieraus, dafs diese Anomalie in Zusammenhang gebracht werden müsse mit den Zwillingsgeburten und einen atavistischen Rückschritt zu einem polymamellären Typus vorstelle. Da ferner auch unter den Geschwistern des Vaters sich mehrere Zwillingspaare befanden, so dürfe angenommen werden, dafs die Fähigkeit der Zwillingsprokreation nicht eine ausschliefsliche Eigenschaft der Frau darstelle, sondern auch dem Manne zukomme. (*Rif. med.* 1893. No. 144.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Hypertrichosis und die Mittel, sie zu entfernen, von Balmanno Squire. (London 1893. 64 S.) In kurzweiliger Form werden die verschiedenen Arten der Hypertrichosis beschrieben und durch Beispiele aus der Litteratur illustriert. Von Interesse ist, dafs sich mit der Hypertrichosis, namentlich des Gesichts, sehr häufig Mangel der Backzähne vergesellschaftet. Die Ursachen (Atavismus, „Versehen" der Frauen etc.) und die Entfernung der entstellenden Haare mit Medikamenten, mit dem Depilatorium, mit der Elektrolyse werden vom Verfasser eingehend besprochen.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von multiplen Naevis vasculosis, mit nachherigem Verschwinden mehrerer derselben, von R. J. Marshall. (Glasgow. *med. Journ.* Februar 1893.) Ein sonst normales, neugeborenes Mädchen zeigte auf der rechten Halsseite ein anderthalb-markstückgrofses, dunkelblaurotes Mal mit reichlicher Gefäfsverzweigung in der Umgebung. Drei Tage später traten auf der Stirn einige rosarote, stecknadelkopfgrofse, teleangiektatische Punkte hervor, und im Verlauf der nächsten drei Wochen waren etwa hundert derartige Gebilde in verschiedenen Gröfsen über den ganzen Körper verteilt. Viele heilten im Laufe der nächsten Monate spontan ab, andere wurden mit Kompressen mit Eisenchlorid und Wasser (āā) erfolgreich behandelt.

Philippi-Nieheim.

Abtragung einer Dermoidcyste des Mediastinums, von Bastianelli. (*Rif. med.* 1893. No. 116.) Der Fall betrifft eine 20jährige Bäuerin, welche wegen einer Fistel über dem Sternoklavikulargelenke chirurgische Hülfe nachsuchte. Die Fistel rührte von einer Incision her, welche in eine spontan entstandene Geschwulst gemacht worden war und wobei sich Fett und Haare entleert hatten. Nach Abtragung der Fistelwandungen und Anlegen der Naht heilte die Wunde per primam, öffnete sich aber nach einigen Tagen wieder. Nun wurde zur Resektion des Manubrium sterni geschritten und ein eigrofses Dermoid entfernt, das ins Mediastinum reichte und dessen hintere Wandung eine Dicke von 2,5 cm aufwies.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 8. 15. Oktober 1893.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Ein Beitrag zur Histologie der Joddermatitis.

Von

Dr. M. F. Engman,
New York.

Das histologische Studium des Einflusses unserer gebräuchlichsten Medikamente auf die Haut ist gewifs nicht nur interessant vom wissenschaftlichen Standpunkte, sondern auch von grofsem praktischen Werte. Da ich Herrn Dr. Unna die Absicht kundgab, in dieser Richtung bei ihm zu arbeiten, schlug mir derselbe das Studium der Jodwirkung vor, um mit einer der einfachsten Fragen dieser Art zu beginnen.

Es liegen bisher zwei wertvolle Arbeiten über dieses Thema vor von Schede und Coën, letztere aus Zieglers Laboratorium. Ehe ich meine eigenen Befunde mitteile, will ich daher einen möglichst genauen Auszug aus diesen Arbeiten geben, aus der von Coën, soweit er die Jodapplikation auf das Kaninchenohr betrifft.

Schede studierte die Wirkung der äufserlichen Jodanwendung am Kaninchenohre. Schon nach wenigen Minuten entsteht Hyperämie, bei sehr starker Applikation selbst Stase und Nekrose. Gewöhnlich findet man das Ohr nach 4 bis 6 Stunden auf das 4 bis 6fache geschwollen durch ein entzündliches Ödem, welches auf dem Schnitte sich als ein trübes, alle Elemente der Haut einhüllendes Exsudat erweist, aber nach 24 Stunden wieder verschwindet. Zwei Stunden nach der Pinselung beginnt eine Leukocytenauswanderung, nach vier Stunden sind alle Kapillaren und Venen von Leukocyten wie von Zellenmänteln umgeben, und nach 24 Stunden ist das Gewebe so dicht von Leukocyten infiltriert, dafs man eine Eiterung vor sich zu haben glaubt. Aber trotzdem folgt niemals eine Eiterung auf die Jodpinselung. Die Leukocytenauswanderung ist nicht auf die Cutis beschränkt; sie findet sich sogar zuerst im Hypoderm und pflanzt sich dann erst auf die Cutis fort; auch in den Muskeln und dem Periost sind zahlreiche Wanderzellen, und im Knochen findet man eine entzündliche Reizung des Markes und Proliferation an den

Zellen der Epiphysenknorpel, welche bis zur Lösung der Nahtknorpel sich steigern kann. SCHEDE fand mithin eine sehr energische und tiefreichende Wirkung der Jodapplikation besonders auf die Leukocyten.

Um die feineren Verhältnisse an den Zellen zu beobachten, bediente SCHEDE sich der Leiminjektionsmethode von RANVIER. Die lymphoiden Zellen gleichen zunächst vollkommen den weifsen Blutkörperchen. „Der Kern ist meist nur undeutlich abzugrenzen, gewöhnlich so grofs, dafs er die Zelle fast vollständig ausfüllt." „Sehr bald fängt die Zelle an zu wachsen, eine deutliche, immer breiter werdende Protoplasmaschicht umgiebt den Kern. Dann fängt dieser an sich zu teilen. Schon 6 Stunden nach der Pinselung haben die meisten Zellen 2 bis 3 schöne, helle, bläschenförmige Kerne mit deutlichem Kernkörperchen. Nach 6 bis 24 Stunden ist ihre Zahl auf 4, 6, 8 gewachsen, während die Zelle selbst ihre ursprüngliche Gröfse vielleicht schon um das 10 bis 20 fache übertrifft. Schon einen Tag später sind indessen die zahlreichen Kerne wieder verschwunden. Alle älteren ausgewanderten Zellen zeigen nur noch einen einzigen, grofsen, scharf begrenzten, hellen Kern, in welchem noch diskrete, dunklere Klümpchen auf die Entstehung durch Zusammenfliefsen mehrerer hindeuten; dann verschwinden auch sie und machen einer gleichmäfsigen Granulierung Platz."

In dieser Schilderung sind vor allem drei Punkte auffallend: der Beginn der Leukocytenauswanderung an den tiefen Gefäfsen, während doch der Reiz oberflächlich einwirkt; sodann die Entstehung von Bindegewebszellen (in 5 bis 6 Tagen) aus Leukocyten unter starker Kernvermehrung und endlich der rasche Schwund der Kerne und ihr Zusammenfliefsen zu einem grofsen Kern. Diese Punkte und die ihnen zu Grunde liegenden Bilder bedürfen vor allem der Nachuntersuchung.

Während auf diese Weise aus den Leukocyten eine Anzahl neuer Bindegewebszellen entsteht, waren an den präexistenten, alten Bindegewebszellen niemals Veränderungen, besonders keine Teilungserscheinungen zu finden. Aber auch an den Leukocyten trifft man Zellteilung höchstens an jungen Exemplaren; dieselbe hält durchaus nicht Schritt mit der rapiden Kernvermehrung; nach dem zweiten Tage finden sich keine Leukocyten in Teilung mehr vor. Trotzdem sind bis zum sechsten Tage immer noch junge Leukocyten in grofser Anzahl vorhanden, da noch immer neue aus den Gefäfsen auswandern. Viele derselben werden nicht mehr in Bindegewebszellen umgewandelt, sondern wandern in die Gefäfse zurück. Während dieser Zeit erleiden die Bindegewebsfibrillen keine Veränderung. Am fünften bis sechsten Tage beginnt die regressive Metamorphose, zunächst ausschliefslich an alten, später an jungen Zellen, und zwar auf folgende Weise. In älteren, platten Zellen finden sich Fettkörnchen ein, die Zellen verlieren ihre scharfe Kontur und lösen

sich schliefslich auf in eine emulsive Masse, die zunächst noch Zellenform bewahrt. Die anastomosierenden Bindegewebszellen bilden auf diese Weise Netzwerke von Fetttröpfchen. Später findet sich auch Fett in den Leukocyten. Nach 14 bis 16 Tagen ist dieser Involutionsprocefs noch nicht abgeschlossen. Es besteht eine nachhaltige Überproduktion von Zellen, die dann wieder zerfallen; vielleicht kommt es dabei auch zum Zerfall der kollagenen Substanz. Den ganzen Vorgang fafst SCHEDE auf als eine künstlich hervorgerufene, starke Beschleunigung des Stoffwechels mit Neubildung und Resorption von Zellen.

COEN untersuchte ebenfalls das mit Jodtinktur gepinselte Kaninchenohr, sodann aber auch die Haut des Rückens, Bauches und der Lippen. Vier Stunden nach der Pinselung sind die Blutgefäfse hyperämisch und die Lymphspalten von amorphem Exsudat erfüllt. Aufserdem sind viele Leukocyten mit 2 bis 6 Kernen um die Gefäfse gelagert. Hierzu tritt nach 12 Stunden eine Blasenbildung der Oberhaut. Eine grofse Menge serösen Exsudates infiltriert dann die Cutis, Subcutis, Stachelschicht und Blasen, von Fibrinnetzen und Leukocyten durchsetzt, nebst wenigen roten Blutkörperchen. Die nach 17 Stunden untersuchte Haut zeigt dieselbe Exsudation in noch höherem Grade und einige nekrotische Herde im Bindegewebe. Bei öfterer Applikation von Jodtinktur steigert sich die Entzündung und dringt bis in das intermuskuläre Bindegewebe vor. Drei Tage nach der Bepinselung beginnt die Resorption des formlosen Exsudates und der Fibrinnetze; man findet dann auch fettige und albuminoide Körnchen zwischen den mehrkernigen Leukocyten. Im Gegensatz zu SCHEDE fand COEN vier Stunden bis drei Tage nach der Pinselung keine Teilung der Leukocyten (keine Mitosen). Am vierten bis fünften Tage nimmt die Resorption des Exsudates immer mehr zu, die mehrkernigen Leukocyten verfallen der fettigen Degeneration, nur die einkernigen Leukocyten erhalten sich ziemlich zahlreich. „Einige von ihnen erscheinen auch vergröfsert und mit einem intensiv gefärbten Kerne und reichem Protoplasma versehen.“ Vierzehn Tage nach der Bepinselung sind von dem entzündlichen Exsudate nur noch einige einkernige Leukocyten, und diese vorzugsweise zwischen dem Keimgewebe vorhanden, welches sich in dieser Zeit bildet. An den Endothelien der Blutgefäfse sind 8 Stunden nach der Pinselung Mitosen zu finden, ebenso nach 12 und 17 Stunden; noch mehr Mitosen finden sich in der Haut, welche zwei Tage nacheinander gepinselt wurde, und ihre Anzahl steigert sich bis zum neunten Tage. Nach 11 Tagen nimmt ihre Zahl ab, und nach 14 Tagen sieht man fast keine mehr. Während des ersten halben Tages nach der Pinselung dringen zahlreiche Leukocyten in die Stachelschicht ein, welche aufserdem abnorm viele Mitosen aufweist. Einige Stachelzellen sind gequollen, und bei häufigerer Jodapplikation kommt es zur

Blasenbildung, während die umliegenden Stachelzellen viele Mitosen zeigen; durch diese Epithelneubildung ist am siebenten bis achten Tage die zerstörte Oberhaut regeneriert und enthält keine Leukocyten mehr. Auch in den Haarbälgen kulminiert die Mitosenbildung bis zum sechsten Tage nach der Pinselung und geht dann langsam wieder zur Norm zurück. Ebenso ist es in den Talgdrüsen. In der Cutis nimmt die Anzahl der Mitosen der Bindegewebszellen bis zum neunten Tage zu; sie verschwinden ebenfalls gegen Ende der zweiten Woche. Hie und da findet man im Anschlusse an die präexistierenden Blutgefäfse neugebildete Kapillaren. „Aufserdem sieht man an der Peripherie der Blutgefäfse, besonders da, wo das Bindegewebe stärker alteriert worden war, ebenso im subkutanen Bindegewebe junge Zellen mit ovalen, rundlichen oder birnförmigen Kernen und reichlichem Protoplasma, welche sich kreuzende Fortsätze ausstrahlen lassen. Einige von diesen Zellen haben das Aussehen vergröfserter Leukocyten.“ „Die neugebildeten, mit Fortsätzen versehenen Zellen nehmen sehr verschiedene Formen an und kreuzen sich wiederholt. An einigen Stellen, besonders in den Lymphgefäfsen und Bindegewebsspalten liegen grofse, rundliche oder ovale Zellen mit grofsem Kern, die in ihrem Innern mehrere Kernfragmente und grofse gefärbte Körnchen enthalten. Diese Zellen nehmen zweifellos teil an der Bildung des Keimgewebes, weil einige auch protoplasmatische Fortsätze aussenden; es ist aber schwer zu entscheiden, ob sie den Leukocyten oder den endothelialen oder Bindegewebszellen zugezählt werden müssen.“ Mastzellen sind nur in geringerer Anzahl und erst am dritten bis fünften Tage nach der Pinselung anzutreffen. Am Muskel- und Knorpelgewebe konnte Coën keine Veränderungen wahrnehmen.

Nach Coën ist das Resultat der Jodapplikation eine akute, in 14 Tagen ablaufende Entzündung, welche von einer Epithel- und Bindegewebsneubildung begleitet ist. Die von ihm hervorgerufenen Entzündungen erreichten nie den hohen Grad, wie ihn Schede beschreibt. Die Blasenbildung ist durch eine Nekrose der Stachelzellen erzeugt, nicht durch Abtrennung der Stachelschicht von der Hornschicht. Im Gegensatze zu Giovanninis Anschauung bilden sich Epithelmitosen schon zur Zeit der Epitheldegeneration. Coën glaubt annehmen zu dürfen, dafs aufser den Endothelien und fixen Bindegewebszellen auch die einkernigen Leukocyten sich am Aufbau des jungen Gewebes beteiligen, indem sie zunächst die oben beschriebenen (s. Citat) grofsen, rundlichen, protoplasmareichen, einkernigen Zellen bilden.

Aus dieser Darstellung ist ersichtlich, dafs wir Schede den Nachweis einer starken serösen Entzündung bei der Jodapplikation verdanken, welche sich durch die intensiv und extensiv starke Beteiligung der Leukocyten auszeichnet, ohne dafs dadurch eine Abscefsbildung eingeleitet wird. Hin-

gegen ist das Schicksal der Leukocyten noch unklar geblieben und speciell die Frage, ob dieselben zum Aufbau jungen Gewebes dienen oder nicht, offenbar dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechend von neuem zu untersuchen. Dasselbe ist von der von ihm beschriebenen ausgedehnten fettigen Degeneration zu sagen.

Coën verdanken wir den Nachweis, dafs schon vom Beginne der Entzündung an sowohl die Epithelien, wie die Bindegewebszellen sich durch mitotische Neubildung an dem Processe beteiligen. Damit ist die Herkunft eines grofsen Anteiles des von Schede auf die Leukocytenumbildung zurückgeführten jungen Gewebes auf eine einfachere und dem jetzigen Standpunkte der Wissenschaft entsprechendere Weise erklärt. Aber auch Coën reserviert für eine gewisse Art der Leukocyten die Möglichkeit, durch Umprägung zu Bindegewebszellen zu werden und zu dem „Keimgewebe" beizutragen.

Die Frage nach der Einwirkung des Jods auf die Haut ist daher noch durchaus nicht nach allen Richtungen geklärt. Deshalb forderte Dr. Unna mich auf, die Jodeinwirkung an demselben Material des Kaninchenohres mit den neuen Methoden der Protoplasmafärbung zu studieren, um auf diese Weise vielleicht besser als bisher den Charakter der verschiedenen Zellenarten des Bindegewebes, welche bei der Jodeinwirkung auftreten, bestimmen zu können.

Ich stellte meine Untersuchungen ebenfalls am Kaninchenohre an. Die Ohrspitzen eines weifsen Kaninchens wurden rasiert und eine konzentrierte alkoholische Jodlösung einmal kräftig aufgepinselt. Nach einer halben Stunde waren die Ohren rot und wärmer, nach einer Stunde etwas geschwollen. Dann gingen diese Entzündungssymptome bereits zurück. Es wurde deshalb sofort die Pinselung wiederholt, und nach wieder einer Stunde waren die Ohren stärker hyperämisch, warm und ödematös. Jetzt wurde von einem Ohre, nach 15 weiteren Stunden vom anderen Ohre ein Stück excidiert.

Bei einem zweiten Versuche wurden 6 Stunden, 3 Tage und 7 Tage nach der Pinselung entsprechende Stücke ausgeschnitten; dieses Mal wurde nur einmal gepinselt, aber eine noch stärkere Lösung des Jods in Methylalkohol angewendet. Bei einem dritten Versuche gewann ich Präparate, welche 2, 4, 10 Stunden, 14 und 25 Tage nach der Pinselung excidiert waren.

Es liegen mir also jodierte Hautstücke vom Kaninchen vor, welche je 1, 2, 4, 6, 10, 15 Stunden, 3, 7, 14, 25 Tage nach erfolgter akuter Entzündung entnommen waren.

Es wurden die Stücke meistens in Alkohol gehärtet, nur von den späteren Stadien wurden zugleich kleine Stücke osmiert, um die eventuell erfolgende fettige Degeneration beobachten zu können. Die celloidinierten Schnitte wurden hauptsächlich nach zwei Methoden gefärbt:

1. Auf Nuklein und Elastin mit Hämatoxylin und saurem Orcein.

2. Auf Protoplasma und Kollagen mit Dr. UNNAS polychromem Methylenblau und neutralem Orcein.

Die osmierten Stücke wurden ungefärbt untersucht. Eine specielle Untersuchung auf Mitosen erschien nicht notwendig, da in dieser Beziehung die ausführlichen Angaben von COËN vorliegen.

Die einzelnen Versuchsprotokolle an dieser Stelle anzuführen, würde den Leser ermüden und dem Zwecke dieser kleinen Arbeit nicht entsprechen, welche es sich zur Aufgabe gesetzt hat, einige Lücken der vorhergehenden Arbeiten auszufüllen. Denn in vielen Beziehungen kann ich die Angaben meiner Vorgänger nur bestätigen. Ich will diese Punkte, über welche kaum noch ein Zweifel obwalten kann, voranstellen und dann ausführlicher die noch strittigen Fragen besprechen, indem ich die Resultate der verschiedenen Versuche zusammenfasse.

Als sichergestellt können gelten:

1. Die etwa $^1/_2$ Stunde nach der Pinselung beginnende Hyperämie. In allen Versuchen waren die Blutgefäfse merklich erweitert und stark mit Blut gefüllt. Stets begann die Dilatation an den Papillargefäfsen und dem oberflächlichen Gefäfsnetz und erstreckte sich mit der Zeit tiefer in die Cutis hinab.

2. Das Ödem und die seröse Exsudation. Diese Symptome waren in meinen Versuchen nicht so stark ausgebildet, wie in den SCHEDEschen, aber stets nach $^1/_2$ bis 1 Stunde wahrnehmbar, nahmen dann aber rasch ab. Die in dieser Zeit excidierten Stücke zeigten stets die Lymphspalten erweitert sowohl in der Cutis, wie Epidermis. Später, nachdem das akute Stadium vorüber, zeigten sich die Lymphspalten wieder enger und zugleich von Leukocyten erfüllt, so dafs eine zellige Infiltration an Stelle des Ödems trat. Noch später, am siebenten Tage, zur Zeit, wenn die meisten Leukocyten wieder aus dem Gewebe geschwunden sind, findet man die Lymphspalten wieder mehr klaffend, doch nicht so weit wie im Anfang.

3. Die lokale Leukocytose. Dieselbe beginnt etwa 2 Stunden nach der Pinselung und nimmt in den nächsten Stunden noch erheblich zu. Der Strom der Leukocyten ist nach dem Epithel gerichtet, und alle Blutgefäfse nehmen an der Emigration teil; am meisten die Papillargefäfse. Die Menge der Leukocyten ist am dichtesten in den oberen Abschnitten der Papillen, sodann unterhalb der Epithelleisten, überhaupt an der Epithelgrenze. Von hier dringen die Leukocyten etwas, doch nicht allzuweit in die Stachelschicht vor. Nur an einzelnen Stellen, wo wahrscheinlich die Jodeinwirkung sehr stark war, wandern sie in gröfseren Mengen in das Epithel ein und erzeugen hier kleine, leukocytenhaltige Bläschen.

Die Gestalt der Leukocyten ist in wahrem Sinne des Wortes die

von Wanderzellen, d. h. sie sind langgestreckt, mit vielen Fortsätzen versehen, offenbar mitten auf der Wanderung überrascht. Ihre Kerne sind fast durchweg kleeblattähnlich, polymorph und geteilt. Nirgends finden sich Gruppen von runden Leukocyten, d. h. die Anfänge von Abscefsbildung. Offenbar — und dies ist eine Thatsache von grofser praktischer Wichtigkeit — werden durch das Jod die Leukocyten nur in Bewegung gesetzt und herangelockt, aber nicht — wie durch Staphylokokken — abgetötet. Daher gelingt es nicht, durch Jod allein eine richtige Eiterung hervorzurufen, obgleich eine grofse Menge von Leukocyten sofort zur Stelle sind.

Dafs die Leukocyten sich nach dem Orte der Jodapplikation hinwenden, sieht man daraus, dafs sie nur ganz vereinzelt in der Stachelschicht der Haarbälge angetroffen werden.

Einige Leukocyten findet man auch in dem Ohrknorpel, und ich kann die Wahrnehmung von Schede über die auffallend tiefgehende Wirkung des Jods auf die Leukocyten nur bestätigen.

4. Die Bläschenbildung. Es ist kein Zweifel, dafs Bläschenbildung durch Jodapplikation hervorgerufen werden kann. Aber dieselbe erfordert immer eine sehr starke Einwirkung und ist für die Jodwirkung lange nicht so charakteristisch, wie die Hyperämie und Leukocytose. Mir ist es nur ausnahmsweise gelungen, eine Blase hervorzurufen; diese wurde erst am dritten Tage nach der Pinselung wahrgenommen und zeigte folgende Verhältnisse: Die Blase safs inmitten der Stachelschicht und erstreckte sich etwa über 1 mm der Oberfläche, Die Blasendecke wurde von der Hornschicht und einem von Leukocyten infiltrierten Teile der Stachelschicht gebildet, der Blasengrund von dem stehen gebliebenen, fast ganz normalen unteren Teile der Stachelschicht, in welchem nur noch sehr wenig Leukocyten vorhanden waren. Der Inhalt der Blase bestand aus einem Netzwerk von geronnenem Serum (ohne Fibrin) [1] mit einer grofsen Menge albuminoider Körnchen (durch Methylenblau blau gefärbt) und wenigen Leukocyten. Die umliegenden Stachelzellen waren nur im unmittelbaren Kontakt mit der Blase etwas geschwollen, sonst nicht verändert und gar nicht degeneriert. Es handelte sich um eine einfache Verdrängungsblase, welche die von Leukocyten infiltrierte, obere Stachelschicht abgehoben hatte.

Aus diesem Befunde kann ich nicht den Schlufs ziehen, dafs eine Kolliquationsblase durch Degeneration der Stachelzellen vorlag, wie Coën es gefunden zu haben angiebt. Ich mufs es daher zukünftigem Studium überlassen, zu entscheiden, ob eine zur Bläschenbildung führende Oberhautdegeneration durch Jod bewirkt werden kann. Das sonstige Ver-

[1] Dagegen fand ich wie Coën und Schede etwas Fibrin in der Cutis in der Nähe der Blutgefäfse.

halten der Stachelschicht bei der Jodapplikation spricht nicht gerade dafür.

5. Die frühzeitige Mitosenbildung. Die Thatsachen in betreff derselben verdanken wir Coën. Soweit ich dieselben an meinen Alkoholpräparaten beobachten konnte, fand ich sie ebenso wie dieser Forscher schon recht früh, 6 Stunden nach der Pinselung, zur selben Zeit mit starker Leukocytose, und zwar sowohl im Epithel, wie in der Cutis.

6. Die Resorption eines Teiles der Leukocyten auf dem Wege der Lymphbahnen und die Entfernung eines anderen Teiles mit den Bläschen und Krusten. Auch über diesen Punkt herrscht, soviel ich sehe, kein Zweifel. Die strittige Frage ist nur, ob ein dritter Teil der Leukocyten im Gewebe festgehalten und zur Bildung jungen Bindegewebes mit verwandt wird.

7. Die Rückkehr zur Norm. Dieselbe richtet sich natürlich nach der Stärke und Häufigkeit der Pinselung. In meinen Präparaten, welche 25 Tage nach mehrfacher, sehr starker Pinselung gewonnen waren, konnte ich noch geringe, auf den Eingriff zu schiebende Veränderungen konstatieren (einige Leukocyten in der Cutis, Mitosen in den Bindegewebszellen, geringe Hypertrophie der letzteren).

Gegenüber diesen jetzt schon als feststehend zu betrachtenden Punkten möchte ich die folgenden als noch durchaus diskutabel hinstellen:

a) Die Rolle, welche die Leukocyten bei diesem Entzündungsprocesse spielen.

b) Die Schicksale der sefshaften Bindegewebszellen bei der Entzündung.

c) Die Herkunft der neugebildeten Zellen im Bindegewebe.

d) Das Schicksal der neugebildeten Zellen nach Ablauf der Entzündung.

e) Das Verhalten des Kollagens und Elastins während der Entzündung.

Gewifs giebt es noch eine Reihe anderer diskutabler Punkte bei diesem Processe; aber die obigen sind es, welche ich an der Hand meiner Präparate mittelst neuer Färbemethoden etwas fördern zu können hoffe.

In Bezug auf die Leukocyten habe ich mir vor allem die Frage vorgelegt, welcher Art die hier befindlichen Leukocyten sind. Schede macht zwischen polynukleären und mononukleären keinen Unterschied; aber die in der Metamorphose zu Bindegewebszellen befindlichen besitzen nach ihm zuerst nur einen grofsen Kern. Coën macht einen Unterschied zwischen poly- und mononukleären; er läfst die ersteren dem Zerfalle und der Resorption entgegengehen, während er für die letzteren eine Um-

wandlung in Bindegewebszellen zwar nicht genau beschreibt, aber doch für möglich und sogar wahrscheinlich hinstellt.

Ich habe nun innerhalb der Blutgefäfse, welche das entzündete Gewebe durchziehen, stets die überwiegende Mehrzahl polynukleär gefunden. Viele Gefäfse enthielten überhaupt keine mononukleären, einige nur ganz einzelne. In der nächsten Umgebung derselben Gefäfse fand ich jedoch mit Sicherheit nur polynukleäre Leukocyten. Es scheint mir nun schon im höchsten Grade unwahrscheinlich zu sein, dafs ein so minimaler Bestandteil der Leukocyten gerade derjenige sein soll, aus welchem sich die spätere Neubildung im Gewebe herleitet. Zudem ist doch nicht zu vergessen, dafs die polynukleären durch Kernteilung aus mononukleären geworden sind, und es erscheint wahrscheinlich, dafs auch die wenigen mononukleären der Kapillaren, wenn sie dieselben verlassen, sich noch in polynukleäre umwandeln. Wenigstens kann ich es mir nur so erklären, dafs ich in der Nachbarschaft auch der Gefäfse, welche einzelne mononukleäre Leukocyten enthielten, nur polynukleäre angetroffen habe. Für das entzündete Gewebe und das Schicksal der Leukocyten in demselben kommen mithin überhaupt nur die polynukleären Leukocyten in Betracht. In Bezug auf diese stimme ich aber mit Cohn überein, dafs sie nicht zum Aufbau jungen Bindegewebes gebraucht werden. Man sieht sie fast überall zerfallen. Ihre 3 bis 4fach geteilten Kerne zerfallen in noch mehr grobe und feine Körner, und auch das Protoplasma verschwindet, so dafs man an vielen Stellen nur noch Körnerhaufen statt ihrer findet. Eine grofse Anzahl derselben scheint, ohne welche Veränderung zu erleiden, schon nach mehreren Stunden wieder in die allgemeine Lymph- und Blutbahn zurückzuwandern.

Wir müssen uns aber nun umsehen nach jenen kleinen Zellen mit einem grofsen Kern, welche von Schede sicher und Cohn mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für junge Bindegewebszellen und frühere Leukocyten gehalten wurden. Diese existieren auch wirklich. Ich glaube, dafs ich nach den Beschreibungen der Autoren Zellen dafür halten mufs, welche meist in nächster Nachbarschaft der Gefäfse liegen, etwas gröfser als Leukocyten sind, einen deutlichen, manchmal ziemlich breiten Protoplasmasaum und einen grofsen runden oder ovalen, stark tingiblen Kern besitzen. Wenigstens unterscheiden sich diese Zellen hinlänglich von den benachbarten, lang ausgezogenen spindelförmigen, gewöhnlichen Bindegewebszellen. Aber es kann bei der von mir angewandten Methode der Methylenblau-Orceinfärbung keinen Augenblick zweifelhaft sein, dafs auch diese zu den fixen Bindegewebszellen gehören. Denn hauptsächlich besitzen sie wie diese ein bei der Methode grauviolett gefärbtes Protoplasma von spongoidem Habitus, während Leukocyten stets ein bei derselben Methode fast ungefärbtes, blafsbläuliches, homogenes Protoplasma auf-

weisen, ohne Andeutung spongoider Struktur. Sodann ist der Kern nicht rund und klein wie jene der mononukleären Leukocyten, sondern vor allem gröfser, meistens oval und bei dieser Methode gleichmäfsig stark gefärbt, also den Kernen der umliegenden Bindegewebszellen viel ähnlicher. Es bleibt also nur die eine Ähnlichkeit mit Leukocyten bestehen, dafs diese Zellen einen abgerundeten Kontur besitzen und keine Fortsätze aufweisen. Hierin unterscheiden sie sich in der That von den umliegenden Spindelzellen. Aber diese Veränderung — Einziehung der spongoiden Protoplasmafortsätze — ist eine weitverbreitete Erscheinung in der Histologie der Hautkrankheiten. Wie ich der mündlichen Mitteilung von Herrn Dr. UNNA entnehme, begleitet die Abrundung einzelner oder vieler Spindelzellen die meisten Entzündungen der Haut, fast alle Degenerationen der Spindelzellen (Ödem, hyaline Metamorphose), regelmäfsig die Aufnahme von viel körnigem Protoplasma (Bildung von Plasmazellen) und endlich die mitotische Kernteilung, während die Spindelform bei der einfachen Hypertrophie des spongoiden Protoplasmas der Spindelzellen erhalten bleibt.

Diese ganz gewöhnliche Veränderung der Form darf uns also nicht verleiten, diese runden, perivaskulären Bindegewebszellen für Leukocyten zu halten, um so mehr, als in der That sowohl mitotische Zellteilung, wie auch verschiedene progressive und regressive Veränderungen der Bindegewebszellen deutlich zu verfolgen sind, deren erste Stufe sehr wohl in der Abrundung der Spindelzellen bestehen kann.

Was zunächst die Zellteilung betrifft, so habe ich den ausführlichen Angaben von COËN über Mitosen nichts Neues hinzuzufügen. Dagegen möchte ich darauf aufmerksam machen, dafs wenige Stunden nach der Jodpinselung eine Menge grofser, durch Fortsätze zusammenhängender Spindelzellen gefunden werden, welche mehrere Kerne enthalten. In diesen Zellenkomplexen mit mächtig entwickeltem, spongoidem Protoplasma ist es oft schwer zu entscheiden, wo die Zellengrenzen sich befinden, und ob man es mit einfachen, vielverästigten und vielkernigen Zellen oder mit mehreren, nicht vollkommen geteilten Zellen zu thun hat. Diese Bilder treten erst nach der Jodpinselung auf und finden sich nicht im normalen Kaninchenohre. Sie beweisen, dafs neben der Kernteilung und Bildung junger Bindegewebszellen auch eine Vergröfserung der Spindelzellen in situ eintritt, wobei durch Verdickung der Zellfortsätze die Zellenleiber direkt in einander überzugehen scheinen. Ob die hierbei in vermehrter Anzahl auftretenden grofsen ovalen Kerne auf mitotischem Wege geteilt sind oder nicht, vermag ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls aber findet neben der Zellneubildung durch mitotische Kernteilung auch von vornherein eine starke Vergröfserung und Konfluenz der präexistenten Spindelzellen statt mit anscheinender Kernvermehrung derselben. Weit

entfernt also, sich vollständig passiv zu verhalten, wie SCHEDE es von den präexistenten Bindegewebszellen annimmt, zeigen sie hypertrophische Veränderungen des Protoplasmas und Mitosis der Kerne.

Doch finden sich noch andere Metamorphosen der Bindegewebszellen, welche einen mehr rein pathologischen Charakter tragen. Schon 4 Stunden nach der Pinselung treffen wir an der unteren Grenze des Papillarkörpers und in der Cutis ödematöse Bindegewebszellen an. Dieselben zeichnen sich vor den soeben beschriebenen vergrößerten Spindelzellen durch ihre kugelrunde Form, die geringere Tingibilität des Protoplasmas und des Kernes aus. Bei guter Färbung mit polychromem Methylenblau sieht man, daß die Maschen des Spongioplasmas kugelig aufgetrieben und von klarer Flüssigkeit erfüllt sind, wodurch die ganze Zelle den Anblick eines ausgedehnten Drahtkörbchens erhält. Während so die meisten Maschen der Kugelform zustreben, werden einzelne derselben, besonders an der Peripherie, zu dichteren Drahtbündeln komprimiert. Der im Zentrum oder an einer Seite liegende Kern nimmt ebenfalls durch Kompression eine facettierte Form an, indem die geblähten Maschen des Spongioplasmas denselben konkav ausbuchten.

An Präparaten von 17 Stunden nach der Pinselung habe ich dieses Zellenödem in höchster Ausprägung gefunden, wobei die Zellen sehr bedeutende Dimensionen annahmen und stets die Kugelform bewahrten. Ihr Kontur ist scharf, glatt, und sie liegen vollkommen isoliert in großen Saftspalten des Gewebes. Gewöhnlich findet man in der Umgebung einer sehr großen ödematösen Zelle eine Anzahl kleinerer, welche die Übergangsstadien repräsentieren. An solchen Orten trifft man meistens auffallend wenig Leukocyten an im Verhältnis zu den übrigen Teilen des Schnittes.

Bei derselben Methylenblau-Orcein-Methode finden sich hin und wieder an denselben Präparaten, wo die einfach ödematösen Zellen vorkommen, auch solche, in denen innerhalb des aufgetriebenen Netzes von Spongioplasma tief gefärbte, schwarzblaue, unregelmäßig geformte Körner, meist in größerer Anzahl (bis 10 und 12), vorkommen. Diese Zellen sind gewöhnlich nur schwach ödematös, aber auch vergrößert, rund und schwach tingibel; ihr Spongioplasma hat feinere Maschen. Der Kern ist noch schwächer färbbar, als bei den einfach ödematösen, und zeigt besonders einen auffallenden Mangel an Kernkörperchen. Die unregelmäßig im Zellenleibe verteilten, stark tingiblen Körner. erinnern dagegen ihrerseits sehr an Kernbruchstücke. Was noch mehr für ihre kernartige Natur spricht, ist der Umstand, daß sie sich nicht bloß bei dieser Methode, sondern auch bei einfacher Kernfärbung mit Hämatoxylin stark färben lassen. Da nun der Kern dieser Zellen in seiner Form gut erhalten ist und nur an tingibler Masse viel verloren hat, so scheint es wahrscheinlich,

dafs wir es bei den kernähnlichen Körnern nicht mit Kernbröckeln zu thun haben, sondern mit einer neugebildeten Substanz. Dieselbe würde aus einem Teile des Kernchromatins bestehen, welcher aus dem Kerne ausgeschwemmt ist und mit der Substanz des Zellleibes eine neue, stark tingible Verbindung erzeugt hat.

Wir haben es hier offenbar mit einem ähnlichen Processe zu thun, wie mit demjenigen, den UNNA[2] vor längerer Zeit von ödematösen Epithelien unter dem Namen der nukleären Degeneration des Protoplasmas beschrieben hat. UNNA nahm damals ebenfalls an, dafs es sich um eine Neubildung von kernähnlichen Körnern im Protoplasma handle. Inzwischen haben die neuesten Forschungen von KOSSEL und LILIENFELD für einen derartigen pathologischen Prozefs eine chemische Grundlage geschaffen. Übrigens haben wir vielleicht nicht nötig, für eine derartige Neubildung von tingibler, kernähnlicher Substanz allein auf die Kerne der Bindegewebszellen zu rekurrieren. In der Nachbarschaft der nukleär degenerierten Bindegewebszellen finden sich stets Leukocyten, jedenfalls mehr, wie in der Nachbarschaft der rein ödematösen Zellen. Jedoch war mir es gerade hier nicht möglich, an diesen Leukocyten eine Auflösung und geringere Tingibilität der Kerne zu beobachten; auch konnte ich nie den Eintritt von Leukocyten in die nukleär degenerierenden Zellen beobachten.

Ich betrachte diese eigentümlichen Zellen als eine Abart der ödematösen, bedingt durch eine vermehrte Auswaschung der Kernsubstanz mit nachfolgender chemischer Veränderung des Protoplasmas.

Im Gegensatz zu diesen leicht nachweisbaren Veränderungen des Protoplasmas der Zellen ist es mir nicht möglich gewesen, mit Sicherheit eine Verfettung der Zellen zu konstatieren, welche COEN fand und welcher SCHEDE eine so grofse Bedeutung beilegt. Nicht allein, dafs ich die Resorption weder der Leukocyten, noch der Spindelzellen auf dem Wege der Verfettung vor sich gehen sehe, es ist mir nicht einmal möglich gewesen, an osmierten Präparaten (vom 5., 10. und 25. Tage) irgend welche Fettkörnchen in den Bindegewebszellen darzustellen. Hier müssen zukünftige Versuche die Entscheidung bringen; aber schon jetzt glaube ich behaupten zu können, dafs unter den Vorgängen, welche zur Resorption des zelligen Exsudates und der zelligen Neubildung führen, die Verfettung, wenn überhaupt, nur eine sehr geringe Rolle spielt.

Sehr deutliche Veränderungen gehen mit dem elastischen und kollagenen Gewebe vor sich, doch sind sie nur vorübergehender Natur. Die elastischen Fasern der Oberfläche, vor allem also des Papillarkörpers,

---

[2] UNNA, Zur Anatomie der Blasenbildung, *Auspitz' Archiv.* Bd. V. 1878; Das Fibrokeratom, *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. XII., pag. 279; Neuere Arbeiten zur Pockenhistologie, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. pag. 367.

werden — wie bei den meisten akuten Entzündungen — feiner, schwerer tingibel und an einzelnen Stellen ganz unsichtbar. Das elastische Netz der tieferen Cutis bleibt wohlerhalten. Umgekehrt ist es mit der kollagenen Substanz. An dieser habe ich an der Oberfläche der Haut keine Veränderungen wahrgenommen, während in den tieferen Teilen der Cutis die Bindegewebsbündel nicht nur von weiten Lymphspalten auseinandergetrieben erscheinen, sondern der Norm gegenüber erheblich verdickt und angeschwollen sind. Dabei bleibt ihre fibrilläre Struktur vollkommen deutlich. Immerhin sind diese Veränderungen der Grundsubstanz der Cutis unter dem Einflusse des Jods nicht so erhebliche, wie die ihrer lebendigsten Teile, d. h. des Protoplasmas und der Kerne.

Nach den hier mitgeteilten Resultaten meiner Versuche glaube ich die vorher aufgeworfenen Fragen in folgender Weise beantworten zu müssen:

a) Bei der Joddermatitis gehen die scharenweise angelockten Leukocyten teils zu Grunde, teils wandern sie in die Blutbahn zurück. Sie dienen dagegen nicht nachweislich zum Aufbau neuen Gewebes.

b) Die fixen Bindegewebszellen erleiden unter dem Einflusse der akuten Entzündung teils progressive Veränderungen (Hypertrophie des Spongioplasmas), teils regressive (einfaches Ödem, nukleäre Degeneration) mit Ausschwemmung von Zellsubstanzen.

c) Unter dem Einflusse der akuten Entzündung bilden sich auf mitotischem Wege neue Epithelien in der Stachelschicht und neue Bindegewebszellen aus alten Bindegewebszellen. Eine Neubildung letzterer aus Leukocyten ist nicht nachzuweisen.

d) Die hypertrophischen und neugebildeten Bindegewebszellen gehen beim Abklingen der Entzündung durch einfache Atrophie auf den Status einfacher Spindelzellen zurück. Keinesfalls werden sie auf dem Wege hochgradiger Verfettung vollständig resorbiert.

e) Die elastische Substanz erfährt vorübergehend bei der Jodentzündung eine Atrophie, die kollagene eine ödematöse Anschwellung.

Aus der Klinik für Hautkrankheiten des Prof. Dr. JANOVSKÝ an der böhmisch-medizinischen Fakultät in Prag.

Ein Beitrag zur Differenzierung der Epidermidosen und Chorioblastosen auf Grundlage eines neuen Falles von „Acanthosis nigricans".

Mitgeteilt von

Dr. HEINRICH MOUREK,
klinischem Assistenten.

(Mit Tafel IV u. V.)

Unter Pr.-No. 5309 wurde den 1. April 1892 von der ersten Internabteilung des Herrn Prof. EISELT der 57jährige Tagelöhner K. J. mit einer Hautaffektion transferiert, welche nach Angabe des Kranken etwas über ein halbes Jahr dauern soll. Auf diese Angabe des Kranken jedoch, sowie auf die weiteren anamnestischen Aussagen desselben darf kein besonderes Gewicht gelegt werden, da der Kranke, ein schwachsinniger Mensch, jedesmal fast andere Angaben macht. Patient stammt aus gesunder Familie, ist nicht hereditär belastet und war angeblich bis zum Jahre 1890 vollkommen gesund.

Von dieser Zeit an beschwert er sich über Verdauungsstörungen mit besonderer Lokalisation im Magen und über asthmatische Beschwerden. Über die Entstehung der Hautaffektion weifs er nichts Bestimmtes anzugeben. Die Pigmentation der Haut leitet er von Unreinlichkeit her. Am Feuer war der Kranke als Arbeiter niemals beschäftigt. Auch über den Ursprung seiner Hernien weifs der Kranke nichts Näheres anzugeben. Der Kranke war gewöhnt, täglich eine gröfsere Quantität Schnaps zu sich zu nehmen. Status praesens bei der Aufnahme: Kranker mittelgrofs, von mittelstarkem Knochenbau, schlecht genährt, abgemagert, das Unterhautzellgewebe enthält wenig Fett. Temperatur 36° C. Im Harne nichts Abnormes. Thorax gewölbt, fafsförmig konfiguriert, die Jugularvenen stark angedeutet. Die Unterbauchgegend mäfsig vorgewölbt. In der rechten Leiste unter dem Poupartschen Bande eine kleine Leistenhernie, in der linken Hodensackhälfte eine ebenso kleine Skrotalhernie. Die Perkussion über den Lungen tympanitisch, die Auskultation ergiebt Pfeifen und Rasseln über beiden Lungen, Herz normal, Töne schwach und rein. Der Magen leicht ausgedehnt. Der gereinigte Magensaft ergiebt mit Methylviolett keine Reaktion. Schlaf, Se- und Exkretionen normal. Subjektiv klagt der Kranke über Magenbeschwerden und Appetitmangel, sowie über

Atembeschwerden. Die Haut des ganzen Körpers, ausgenommen an den Waden und der unteren Hälfte der Unterschenkel, dann an den Händen und der unteren Hälfte der Vorderarme ist stark dunkelbraun pigmentiert. Die Pigmentation ist an den verschiedenen Körperstellen verschieden. Die Haut des Gesichtes erscheint bronzefarbig, jedoch nicht so intensiv gefärbt, wie z. B. in der Jugulargrube. Am Halse und Nacken ist die Farbe der Haut etwas lichter. Einen gleichen Ton hat die Haut der Oberarme und der Vorderarme bis zur unteren Hälfte derselben, wo sowohl an der Seite der Extensoren als auch der Flexoren die Farbe zwar dunkel ist, jedoch nicht so intensiv, dann an der Brust bis unter die Brustwarze. Von da bis zum Gürtel ist die Färbung weniger intensiv. Dafür ist die Pigmentierung in der Achselhöhle, in der Ellenbogenbeuge und um den Gürtel, dann in der Schamschenkelfalte sehr stark ausgesprochen. Am intensivsten ist die Haut um die Brustwarzen und um den Nabel tingiert. Auf der Rückenhaut ist die Färbung mehr eine dunkelbraune, etwas tiefer als am Halse, an dem Gesäfse tönt sich dieselbe etwas ab. Ebenso erscheint die Haut der Oberschenkel etwas lichter, wenigstens in der oberen Hälfte, während von da ab in langsamem Übergange die Saturation zunimmt. Der Hodensack die Aftergegend und die Kniekehlen weisen eine mittelmäfsige Pigmentierung auf (s. Taf. IV). Die Hautoberfläche an den wenig pigmentierten Stellen ist überall glatt, an den stärker pigmentierten Stellen jedoch rauh, uneben, ja von papillärer Beschaffenheit. Die Haut am behaarten Kopfe, am Gesichte und Halse ist im ganzen glatt, in der Jugulargrube rauh, leicht höckerig, jedoch nicht von so papillärem Aussehen wie die Haut der Achselhöhle oder um den Gürtel herum, wo wir exquisit papillären warzigen Gebilden begegnen. Die Haut an diesen Stellen weist überhaupt eine gleichmäfsige Felderung auf, freilich unregelmäfsiger Art, mit tieferen und seichteren Furchen eng gegliedert, die einzelnen Feldchen stellen warzige papilläre Gebilde vor, welche oft in zierlicher Form sich präsentieren, streng abgegrenzt durch verschieden tiefe Furchen. — Der Umfang der einzelnen Papillen ist meist unbedeutend, ja fadenförmig, andere Gebilde sind gröfser, einzelne sogar von Erbsengröfse. Diese stellen dann konische, warzige Gebilde vor. Gewöhnlich trifft man diese gröfseren Efflorescenzen in der Mitte der kleineren papillären Formen, so dafs die Gröfse meist von der Peripherie zum Centrum zunimmt. Um die gröfseren Exkrescenzen sind auch die einschneidenden Furchen gröfser resp. tiefer. Die Oberfläche der papillären Gebilde ist nicht glatt, sondern rauh und zerklüftet, wie man dies besonders mit Zuhülfenahme einer Lupe gut unterscheiden kann. Auch die Gegend der Brustwarzen, des Nabels, sowie die Haut der Ellenbogenbeuge ist gefurcht und von papillärem Aussehen. Die mächtigsten papillären Exkrescenzen weist jedoch die Leistenbeuge auf. An den

übrigen hier nicht namentlich angeführten Stellen ist die Haut, soweit dieselbe pigmentiert erscheint, leicht uneben, höckerig, die einzelnen Erhabenheiten sind von unbedeutendem Umfange, sowie unregelmäfsig, jedoch deutlich gefeldert, die einzelnen Furchen sind etwas tiefer als normal. Sekundäre Efflorescenzen können nirgend an der Haut nachgewiesen werden. An den Schleimhäuten keine besonderen Veränderungen, namentlich keine Analogien mit der Beschaffenheit der Haut.

Der Patient stand in Beobachtung bis zum 23. Mai 1892. Jede Therapie war vergeblich, blofs die chirurgische Behandlung brachte, versuchsweise an einzelnen Stellen eingeleitet, eine rasch vorübergehende Besserung. Interne Therapie (Arsen etc.) erwies sich ebenso machtlos. Auf eigenen dringenden Wunsch wurde der Kranke entlassen.

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden Hautstückchen aus der Axillarfalte excidiert, teilweise in Flemmingsche Lösung gethan, teilweise in Alkohol gehärtet, andere aus Sublimat präpariert und in Celloidin eingeschlossen. Die Schnitte wurden nach den verschiedensten Methoden gefärbt, worauf wir noch weiter unten zurückkommen werden.

An den Schnitten konnte schon mit freiem Auge ganz deutlich eine bedeutende Vergröfserung und Zerklüftung der Papillarschichte wahrgenommen werden, ebenso eine Zunahme des epithelialen Anteiles, was auch bei der gröfsten Anzahl von Schnitten durch Vergleich mit normalen Hautpräparaten deutlich hervortrat. Da auch die Epidermis und der papilläre Anteil der Haut sich streng von der übrigen Cutis differenzierten, schlossen wir approximativ von vornherein, dafs es sich wohl nicht um einen exsudativen Procefs in der Oberhaut handeln würde, und weiter, dafs nach allem die Veränderungen in den tieferen Lederhautschichten weit zurückstehen würden gegen die Veränderungen in der Oberhaut. Bei der mikroskopischen Untersuchung boten auch die tieferen Schichten keine auffallenden Veränderungen. Weder die bindegewebigen Elemente noch die elastischen Fasern an sich und in ihrer Anordnung waren verändert, aufser wenn man im Vergleiche mit Kontrollpräparaten normaler Haut eine mäfsige Verbreiterung der sogenannten Lymphspalten als abnorm auffassen wollte. Die Blutgefäfse sind nicht erweitert; auch keine perivaskuläre Infiltrate oder Gefäfswandalterationen lassen sich nachweisen. In den an das Unterhautzellgewebe angrenzenden Schichten lassen sich ab und zu unregelmäfsig geformte Pigmentschollen konstatieren. In Zellen eingeschlossenes Pigment fand sich an diesen Stellen nicht vor. Einen interessanten Befund bietet der Papillarteil der Cutis. Auf den ersten Blick schon makroskopisch sieht man sehr schön, dafs die einzelnen Papillen und die korrespondierenden interpapillaren Epithelzapfen in unregelmäfsigen, bizarren Formen sich aufbauen. Die Papillen sind elongiert,

manchmal fadenförmig, anderweit wieder verbreitert und verschiedenartig verzweigt und zerklüftet.

Einige der Papillen sind am Ende verbreitert, an einigen schnüren interpapillare Zapfen dieselben ein. Die Niveaudifferenz der höheren Papillen untereinander ist unbedeutend. Für einen aktiven Anteil des feineren Bindegewebes in den obersten Lederhautschichten finden wir sehr schwer einen histologischen Beleg. An den zuerst mit Boraxkarmin, dann nach WEIGERT gefärbten Präparaten (Methode nach KROMAYER) läfst sich bei Vergleich mit Präparaten normaler Haut nirgend eine Verdickung oder Verbreiterung der feineren Bindegewebsschichten konstatieren. Die Kapillargefäfse der Papillen sind mäfsig erweitert, ihr Verlauf an einzelnen Partien deutlich gewunden oder geschlängelt. An den Gefäfswänden der oberen Cutisschichten lassen sich ebenfalls keine Veränderungen konstatieren. Nur an einzelnen Stellen weisen die Papillen eine unbedeutende Rundzelleninfiltration auf. Eine diffuse Infiltration derselben jedoch oder der nächst angrenzenden Partien zeigt keines der zahlreichen daraufhin untersuchten Präparate. An den Knäueldrüsen und Follikeln, sowie in deren Umgebung sehen wir keinerlei Veränderungen, nur die Anzahl der Haarfollikel erscheint geringer und einzelne derselben atrophisch. Die Epidermis erscheint verdickt. Diese Verbreiterung trifft sowohl die Stachelzellenschicht, als auch die Hornschicht. An einzelnen Stellen überwiegt die eine die andere. Die Schicht der Cylinderzellen hebt sich auch bei schwächeren Vergröfserungen deutlich ab. Der Grund davon ist die Pigmentation der einzelnen Zellen. Wir finden in den Zellen körniges Pigment von blafsbrauner Farbe, blässer als das spärliche Pigment in den tieferen Lederhautschichten. Besonders die periphere Zone ist pigmentiert. Fremde Zellen nichtepithelialen Ursprungs konnten hier nicht nachgewiesen werden. Die Cylinderzellen sind vermehrt, an einzelnen Stellen in zwei Reihen übereinander. Dieselben färben sich sehr gut und weisen mehr eine Eiform auf, sind etwas ausgezogen und an der Spitze leicht abgerundet. Die Stachelzellenschicht ist an einigen Stellen sehr verbreitert und weist zahlreiche Lagen auf. Die einzelnen Schichten lassen sich gut voneinander differenzieren, jedoch zeigt sich in der Schichtung nirgends eine Unregelmäfsigkeit wie dieselbe, die POLLITZERschen Präparate, welche von einer ähnlichen Affektion herstammen, aufweisen. — Die einzelnen Zellen sind nicht vergröfsert und zeigen an den Kernen, besonders in den unteren Schichten, schöne karyokinetische Figuren (Mitosen). In den Intercellularräumen findet man ab und zu Leukocyten von gedehnten, manchmal leicht gekrümmten Formen. Die Grenze zwischen der Horn- und Stachelschicht, das Stratum granulosum zeigt die gröfsten Abnormitäten. Im ganzen mufs diese Schicht als atrophisch bezeichnet werden; besonders bei Vergleich mit normalen Haut-

schnitten tritt diese starke Atrophie zu Tage. Die jüngste Schicht der verhornenden Zellen, das Stratum lucidum Oehl der Histologen, ist an dem Präparate nicht deutlich kennbar. Die Hornschicht ist verbreitert, an einzelnen Stellen mehr, an anderen minder, überall jedoch ganz deutlich und zeigt namentlich in den oberen Schichten eine deutliche Längslamellierung.

Sie stülpt sich sowohl in die Vertiefungen der einzelnen Papillome, als sie auch die Spitzen derselben überzieht. An einzelnen Stellen verstopfen die Hornlamellen vollständig die Follikelmündungen. Die einzelnen Lamellen stehen stellenweise voneinander ab, jedoch nirgends in gröfserem Mafse. Die unteren Lamellen jedoch sind dichter aneinandergepreſst, besonders an Karminpräparaten kann man aber hie und da selten einen sich färbenden Kern nachweisen. In den unteren Hornhautschichten ist diffuses dunkelbraunes Pigment abgelagert.

In der Litteratur fand ich bloſs zwei klinisch beschriebene Fälle, welche man den oben beschriebenen anreihen könnte. Der erste Fall betraf einen 42jährigen, an der böhmischen dermatologischen Klinik im Jahre 1889 verpflegten Hüttenarbeiter. Der zweite Fall, der einer 62jährigen Frau, wurde in demselben Jahre an Unnas Klinik behandelt. Der erste Fall wurde von Prof. Janovský, der zweite von Dr. Pollitzer beschrieben.[1] Aufserdem sah ich in der mit dem internationalen dermatologischen Kongresse 1892 in Wien verbundenen Ausstellung eine Moulage aus den Sammlungen des Hôpital St.-Louis, welche ein ähnliches Aussehen darbot, wie unsere Fälle. Die Moulage betraf einen Fall aus der Abteilung Vidals und trug die Etikette „mélanodermie papillomateuse cachectique". Näheres konnte ich über diesen Fall nicht erfahren, als daſs er eine 42jährige Frau betraf, welche mit einem Magencarcinome behaftet war. Da die citierten Fälle Unica darstellen und ihre Klassifikation noch nicht feststeht, so erlaube ich mir, beide Fälle kurz anzuführen. Der Fall Janovskýs bietet schon in seiner Anamnese sehr interessante Daten. In der Familie des Patienten kam Tuberkulose vor, sonst ist der Kranke hereditär nicht belastet. Ferner ist der Kranke Alkoholiker und leidet seit 25 Jahren an Magenbeschwerden. Sonst war er stets gesund und ist Vater von drei gesunden Kindern. Er arbeitete jahrelang in einer Emaillewarenfabrik und ist 18 Jahre hindurch unausgesetzt am Feuer beschäftigt, bei welchem eine groſse Glühhitze herrscht. Vor drei Monaten bemerkte derselbe ein peinliches Jucken an verschiedenen Hautstellen. Zu derselben Zeit bemerkte er ein Rauherwerden der Hände, ein Brennen, eine Rauheit, sowie eine Anschwellung der Schleimhaut des Mundes,

---

[1] *Intern. Atlas seltener Hautkrankheiten* von Unna, Morris, Leloir und Duhring. 4. Heft.

sowie Schmerzen um den After. Patient ist groſs, kräftig gebaut, die Innenorgane normal, der Teint der Haut bräunlich. Auf den ersten Blick fällt die abnorme Pigmentation der Haut auf. Das Gesicht ist dunkelbraun. Die Haut des Halses und Nackens ist stark braun gefärbt, bloſs an den Stellen, wo der Hemdkragen aufliegt, ist die Haut blässer. In beiden Achselhöhlen, um den Gürtel herum, in der Nabelgegend, dann am Hodensacke und in der Aftergegend ist die Pigmentation stärker, stellenweise bis dunkelschwarz. Die Ellenbogenbeuge und die Haut der Handwurzel sind blässer, der Handrücken dunkler pigmentiert. Die Handflächen und die unteren Extremitäten weisen keinerlei Pigmentierung auf. Die Oberfläche der Haut ist an verschiedenen Stellen mit papillären Exkrescenzen besetzt. Im ganzen genommen decken sich die pigmentierten Stellen mit den papillär veränderten. An den blasser pigmentierten Stellen ist die Haut rauh, leicht uneben und die papilläre Beschaffenheit leicht angedeutet. An den stärker pigmentierten Stellen ist die Haut von groben, einander durchkreuzenden Furchen durchzogen. Zwischen diesen gröberen feineren Furchen trifft man auf eine Unzahl noch feinerer Felderungen. An allen diesen Feldern bietet die Haut eine papillomatöse Beschaffenheit und umfaſst Papillome von der verschiedensten Gröſse. Ein interessantes Bild boten die Schleimhäute. An der Conjunctiva der Lider zeigen sich minimale papilläre Wucherungen. Die Schleimhaut der Nase ist hyperämisch, und auch hier zeigen sich in inselförmiger Anordnung kleine Papillome. Die Schleimhaut der Lippen ist mit dichten drusigen Papillen bedeckt, deren Epithelialüberzug stellenweise verdichtet und verhornt ist. Die Innenfläche der Wangen, der Kiefer und der Gaumen ist mit kleinen, oft fadenförmigen, manchmal recht hohen Wärzchen besetzt; an den Zähnen, namentlich an den Milchzähnen, überwuchern diese Papillome das Zahnfleisch und bedecken die Zähne. Ebenso beschaffen ist die obere Zungenfläche. Der Rachen bietet in seiner Schleimhaut das Bild eines chronischen, granulösen Katarrhes. Hie und da unter adenoiden Stellen findet man erbsengroſse drusige Exkrescenzen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung finden sich ähnliche Gebilde an der Epiglottis, an den aryepiglottischen Falten, welche hier von solcher Mächtigkeit sind, daſs sie die genaue Einsicht in das Innere verwehren. Über subjektive Beschwerden klagte der Kranke während seines Aufenthaltes im Krankenhause nicht.

In Pollitzers Falle bietet die Anamnese nichts Besonderes. Syphilis und Tuberkulose konnten anamnestisch ausgeschlossen werden. Die Erkrankung dauerte acht Wochen, ehe Pollitzer die Kranke sah. Alle afficierten Territorien wurden fast akut ergriffen, nachdem zuvor ein leichtes Ameisenlaufen vorausgegangen war. Ergriffen erschien die Haut der beiden Extremitäten, des Halses, des Stammes, der Genitokruralgegend und der Mundgegend. Sämtliche Stellen sind mehr oder weniger

schmutzig pigmentiert. Die normale Felderung der Haut tritt deutlich hervor; im ganzen erscheint auch die Haut als gewissermafsen zu grofs für ihren Inhalt. Die einzelnen Felder, besonders am Halse, erscheinen als papilläre Exkrescenzen über dem Niveau der Haut. An der vorderen Gaumenfläche feine Granulationen von der Form der spitzen Vegetationen. Dieselben Gebilde finden sich an der hinteren Fläche des weichen Gaumens, an der Zunge, den Alveolen und der Oberlippe. Während der Fall JANOVSKÝs leider nicht histologisch untersucht werden konnte, da der Kranke jede Excision energisch verweigerte, hatte POLLITZER Gelegenheit, Präparate seines Falles untersuchen zu können. Er fand an den verschiedenen Präparaten verschiedene Veränderungen, welche er in drei Kategorien teilt. In der ersten Reihe konnte eine abnorme Zunahme der Hornschicht konstatiert werden, so dafs dieselbe an das histologische Bild der Ichthyose erinnerte. Das Stratum lucidum präsentierte sich als ein feiner Streifen. Die Körnerschicht war deutlich ausgeprägt, stellenweise hypertrophisch. Die Stachelschicht war wenig verbreitert; in den erweiterten Intercellularräumen weifse Blutkörperchen. An vielen Zellen kann man ein mäfsiges Ödem konstatieren. Mitosen sind selten. In der Papillarschicht finden sich deutlich dilatierte Gefäfse und ein unbedeutendes kleinzelliges Infiltrat. Viele EHRLICHsche Zellen und in der Cutis viel Pigment. Die Cylinderzellenschicht enthält ebenfalls viel körniges Pigment. Die aus der Lippenkommissur excidierte Haut zeigt eine enorme Papillarhypertrophie. Die Körnerschicht ist verbreitert, die Mitosen zahlreicher. In der Papillarschicht, sowie in der subpapillaren Gegend ein reichliches, kleinzelliges Infiltrat; die Gefäfse hier mäfsig dilatiert. An Schnitten aus den flacheren warzigen Gebilden der Achselhöhle keine abnormen Verhältnisse in der Lederhaut. An dem Übergange aus der normalen Haut zu den Papillomen verbreitern sich die Epithelzapfen mehr und mehr oder verlängern sich dieselben. In der Stachelzellenschicht sind viele Zellen anomal, so dafs es scheint, als ob das atypische Wachstum sich konzentrisch von mehreren Stellen aus entwickeln würde.

UNNA benannte die zuerst von JANOVSKÝ und POLLITZER beschriebenen Fälle Acanthosis nigricans, indem er die vorgeschlagene Bezeichnung Papillomatosis für nicht genügend hielt. Er hält mit VIRCHOW dafür, dafs das Beiwort „papillomatös" sich gut zur näheren Bezeichnung eines Steingebildes eignet, jedoch das Hauptwort „Papillom" keinesfalls. Die Bezeichnung „Acanthosis" ist abgeleitet von den AUSPITZschen Acanthosen in seinem interessanten und geistvollen Werke über das *„System der Hautkrankheiten"*.

AUSPITZ teilte, wie bekannt, die Hautaffektionen, deren Grundlage die Wachstumsanomalien, eigentlich quantitativen Veränderungen der Gewebselemente der Haut sind, in Epidermidosen, d. h. Wachstums-

anomalien der Epidermis und ihrer Adnexe, und Chorioblastosen, zu welchen jene Affektionen gehören, welche eine Wachstumsanomalie des bindegewebigen Anteiles der Haut in sich schliefsen. Die Epidermidosen teilt Auspitz in Keratonosen (Hyper-, Parakeratosen und Keratolysen), Chromatosen (Hyper-, Para und Achromatosen) und Acanthosen (Hyper-, Parakanthosen und Akantholysen). Zu den Keratonosen zählt er diejenigen Hautaffektionen, deren Wachstumsanomalie sich als eine Störung des Verhornungsprocesses darstellt. Zu den Chromatosen gehören die Erkrankungen, welche in einer abnormen Pigmentverteilung ihren Grund haben, deren Sitz in der normalen Haut ebenfalls die Epidermis ist. Die dritte Gruppe umfafst jene Affektionen der Epidermis, deren Basis ein abnormes Wachstum der jüngeren, noch nicht verhornten Epidermiselemente bildet. Wenn nun Unna die Affektion, von der die Rede ist, und als welche sich klinisch und anatomisch auch unser Fall darstellt, als Acanthosis bezeichnet, so drückt er damit die Ansicht aus, dafs es sich um eine Wachstumsanomalie der Stachelzellenschicht handelt, indem er einerseits die Entzündung, andererseits einen abnormen Verhornungsprocefs ausschliefst.

In unserem Falle fanden wir bei der histologischen Untersuchung: Das Unterhautzellgewebe und Pars reticularis im ganzen normal, die Papillen abnorm verlängert und unregelmäfsig geformt. Die Gefäfse in den einzelnen Papillen ebenfalls verlängert, dilatiert. Die Papillen ab und zu kleinzellig infiltriert. Ferner fanden wir eine Proliferation der Stachelzellenschicht; die Anzahl derselben vermehrt die Körnerschicht unregelmäfsig, entwickelt teilweise leicht hypertrophisch, teilweise atrophisch. Die Hornschicht verdickt die einzelnen Lamellen in den tieferen Schichten fest aneinandergelagert, in den oberen Partien locker geschichtet, das Pigment spärlich in der Lederhaut, mehr in den Basalzellen angehäuft, sowie in den untersten Hornschichten. Aus diesem Befunde geht hervor, dafs man die Veränderungen in der Epidermis und Cutis konstatieren kann, dafs also nicht blofs die Epidermis afficiert erscheint, sondern auch die Papillarschicht, dafs es sich daher nicht blofs um das Ergriffensein eines anatomischen Hautabschnittes, sondern um eine, vom anatomischen Standpunkte aus betrachtet, organische Erkrankung handelt. Auf anatomischer Basis daher und streng lokal aufgefafst, kann unsere Affektion weder als eine Epidermisanomalie allein, noch allein als Anomalie der Cutis aufgefafst werden. Jedoch kann davon auch bei anderen Affektionen keine Rede sein, welche einerseits als Typen von Akanthosen, andererseits als Typen von Epidermidosen dienen sollen. Auspitz sagt: „Die Erkrankungen der Oberhaut von jenen der Cutis im allgemeinen zu trennen und daraus zwei Gruppen zu bilden, wie es faktisch versucht worden ist, ist eine ganz unmögliche Sache, weil sich die Krankheiten in der Regel gar nicht auf einzelne Gewebe beschränken müssen,

wie ja jeder Entzündungsvorgang an der Haut deutlich demonstriert.“ Anders gestaltet sich jedoch die Sache, wenn wir zur näheren Charakteristik den physiologischen Maſsstab benutzen, und wenn wir vom Standpunkte der Histogenese entscheiden wollen, ob es sich hauptsächlich um eine Erkrankung dieses oder jenes Gewebes handelt. Nach dem Vorausgeschickten haben wir die Frage zu beantworten, ob wir die anatomischen Veränderungen in der Epidermis als das primäre, die Veränderungen in der Cutis als das sekundäre oder begleitende zu betrachten, ob wir daher in diesem Sinne die Erkrankung als eine Epidermidose oder Chorioblastose aufzufassen haben. Aus den anatomischen Befunden, welche für eine aktive Beteiligung der nichtepithelialen Elemente sprechen, wäre hervorzuheben: die Elongation oder, besser gesagt, die Umfangsvergröſserung der Papillen, die Verlängerung der Papillargefäſse und das spärliche kleinzellige Infiltrat in den Papillen, namentlich um die Gefäſse herum. — Über die Bedeutung der mächtigen Entwickelung des Papillarkörpers existiert eine ganze Litteratur, und die Befunde werden verschiedenartig ausgelegt. Hier genügt es, bloſs vorläufig zu konstatieren (mit Bezug auf die bisher ungenügende histologisch-anatomische Einteilung der Hauptbestandteile der Haut), daſs es eine ganze Reihe angesehener Dermatologen giebt, welche behaupten, daſs die stärkere Entwickelung des Papillarkörpers ihren Grund in dem Hineinwachsen von Epithelzapfen in das Bindegewebe hat, sowie andererseits gewichtige Stimmen sich für das aktive Eindringen des Bindegewebes in das Epithel aussprechen. Trotz der Ansichten über die hervorragende Bedeutung der Cohnheimschen Emigrationstheorie entgegen dem rein cellulären Standpunkte in der Lehre von der Entzündung behauptet eine groſse Reihe von Autoren, daſs man noch heute auf Grundlage von anatomischen Befunden es nicht leugnen könne, daſs bei einigen Hautaffektionen die scheinbar verlängerten Papillen durch das Wachstum der Epithelzapfen in die Tiefe entstehen, und daſs die Volumvergröſserung der Papillen gleichmäſsig vorschreitet mit der proportionalen Zunahme der betreffenden Epidermisschichten. Damit ist freilich nicht gesagt, daſs auf Grundlage der bisher gewonnenen Erfahrungen die Lehre proklamiert werden könnte, daſs bei jeder Zunahme des Papillarkörpers einzig und allein primär das Epithel aktiv beteiligt wäre, und daſs die Papillen einzig bloſs eine passive Rolle spielen würden, wie dies Auspitz lehrt. Auspitz weist in seiner bekannten schönen Arbeit „*Über das Verhältnis der Oberhaut zur Papillarschicht*“ (1878) auf folgende Beobachtungen hin: 1. Das Auswachsen der Papillen erfolgt häufig in Geweben, welche fast keine Papillen haben (Schleimhaut der Harnblase und Gallenblase). 2. Auf gewissen Schleimhäuten, an denen die Formation der Zotten ein physiologisches Vorkommnis ist (Darmschleimhaut), beobachten wir fast nie die Entwickelung papillomatöser Neugebilde, ihr Epithel ist ein zartes

Cylinderepithel. 3. Gewisse Schleimhäute jedoch, an denen sich solche Neugebilde häufig vorfinden (Harnblasenschleimhaut, Gallenblase, Synovialmembrane), haben keine Papillen (wie schon erwähnt. Ref.) oder besitzen dieselben blofs in spärlichem Mafse, sind dagegen mit einem ein- oder mehrschichtigen Pflasterepithel gedeckt. Den Schwerpunkt bei der Anbildung der Papillomatosengebilde verlegt der Autor in das Epithel.

Ohne an eine Lösung der so wichtigen Frage, wie es die über das selbständige Wachstum der Papillen ohne aktive Beteiligung des Epithels ist, schon hier lösen zu wollen und ohne hypothetisch blofs auf Grundlage der geschilderten Präparate einer einzigen Affektion Schlüsse aufbauen zu wollen, wollen wir hier nur soviel nochmals betonen, dafs die Vergröfserung des Umfanges der Papillen nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse kein untrüglicher Beweis ist für die aktive Beteiligung des Bindegewebsstromes ohne jede Betheiligung des Epithels. Was nun die Bedeutung des Verhaltens der Papillargefäfse in unserem Falle anbelangt, welches als ein Beweis für den aktiven Anteil des Bindegewebsstromas herbeigezogen werden konnte, ist es blofs notwendig, zur näheren Erklärung auf die Ansichten eines gewifs der besten Hauthistologen, nämlich Unnas, zurückzugreifen. Derselbe sagt (*Ziemssens Handbuch*, Bd. XIV, Anatomie der Haut, S. 20): „Die Kapillarschlinge besteht aus einem arteriellen und einem venösen Schenkel, welche etwas unterhalb der Papillarspitze ineinander übergehen und je nach der Füllung mit Blut oder Injektionsmittel einerseits und der Retraktion der Papille andererseits gestreckt oder geschlängelt verlaufen." Kromayer (Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis, *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1890, S. 572) legt auf Grundlage dessen dem Verlaufe der Papillargefäfse in ihrem Verhalten in den Papillen keine Bedeutung bei, und mit Rücksicht auf die Hyperämie derselben erklärt er die Sache folgendermafsen: „Wenn ein Stückchen Haut excidiert wird, schrumpft es infolge seiner grofsen Elasticität bedeutend zusammen. Die Kapillaren können nicht in gleichem Mafse folgen, sie müssen sich daher in Falten legen. Sind nun die Kapillarschlingen sehr grofs und haben sie eine bestimmte und bekannte Richtung, wie in den Papillen, so tritt diese Schlängelung in gleichem Verhältnis mit der Gröfse der Kapillarschlinge im makroskopischen Bilde zu Tage und wird als Schlängelung erkannt. Ein begünstigendes Moment ist es wohl, wenn die Kapillaren im Leben lange Zeit stark ausgedehnt waren und infolgedessen zum Teil ihre Form verloren haben."

Endlich bemerkt Kromayer noch, dafs auch die Härtung des Hautstückchens an und für sich schon eine Täuschung in Bezug auf das Urteil über Breite und Elongation des Gefäfses herbeiführen kann.

Nach dem Vorausgeschickten ist es nicht gut möglich, aus unseren Präparaten und Befunden den primären und einzigen Anteil der Cutis an

dem Krankheitsprocesse nachzuweisen. Was für einen Anteil die Cutis etwa in den vorausgegangenen Stadien des Processes hatte, das wagen wir auf Grundlage unserer Befunde nicht zu entscheiden, indem wir uns streng daran halten, was sich faktisch konstatieren liefs. Darum wollen wir jedoch nicht gewissermafsen a limine die Möglichkeit einer solchen Anteilnahme in den früheren Stadien verwerfen, schon deshalb nicht, weil wir uns der wichtigen Arbeit UNNAS „*Über das Verhältnis der Akanthome zu den Fibromen*" und seiner bisher leider wenig beachteten Substitutionstheorie erinnern. Wenn wir nun die Sache weiter verfolgen und wenn wir nun im Sinne der AUSPITZ-UNNAschen Theorie dem Epithel die Aufgabe des formgebenden aktiven Elementes zuweisen (wir wollen gleich hier bemerken, dafs dies nicht unsere definitive Ansicht ist), müssen wir im weiteren Verfolg eine Frage berühren, nämlich die, welcher von beiden Faktoren, die Hypertrophie der verhornten oder die Hypertrophie der unverhornten Epithelien (Epithelwucherung oder Keratose), der aktive und wirksame ist. Der mikroskopische Befund an der Epidermis zeigt an den nicht verhornten Epithelien eine Proliferation, an der Hornschicht eine bedeutende Zunahme. Eine Ansicht über die Höhe der Verhornung zu äufsern, ist ziemlich schwierig. Ein richtiges Urteil kann man sich blofs durch Vergleich mit normalen Hautpräparaten bilden bei natürlich gleicher Präparation. Eine blofse Färbung führt hier nicht zum Ziel. Man mufste daher zu anderen Hülfsmitteln seine Zuflucht nehmen, und ich hielt mich in dieser Beziehung an KROMAYERS Erfahrungen, welche selbst wieder auf den Arbeiten von UNNA, KÖLLIKER, HENLE, WALDEYER, BLASCHKO, HOPPE-SEYLER u. a. beruhen.

KROMAYER kommt (l. c., 584) zu folgenden Resultaten: Die verhornte Epidermiszelle besteht aus einem Hornmantel und aus einem Inhalte, der in Ätzkalilauge, Schwefelsäure und Verdauungssaft auflösbar ist. Die Hornmäntel der Zellen haben eine grofse Elasticität, lassen nicht diffundieren den aufgelösten Zelleninhalt, Wasser jedoch, Ätzkalilauge, Schwefelsäure und Alkohol werden leicht durchgelassen. Auf Grundlage dieser Erfahrungen und nach dem Vorschlage KROMAYERS präparierte ich die Schnitte unserer Präparate durch einige Stunden mit KHO. Die Zellen um ihre Krone wurden zwar dadurch nicht zerstört, quollen jedoch auf. Wenn wir nun solche Präparate mit schwachen Anilinfarbenlösungen tingieren — ich gebrauchte Methylviolett nach KROMAYERS Vorschlage —, sollen wir eine fast isolierte Färbung der Zellmembran erhalten. Meine Präparate bieten zwar keine so klaren Bilder, wie ich dies in KROMAYERS Abhandlung las, was ich dem Mangel an Erfahrung in der notwendigen Detailkenntnis der Methode zuschreiben möchte, indes kann man auch hier sehr gut die Zellmembran an den Zellen der Malpighischen Schicht unterscheiden, namentlich in den höheren Zelllagen. Den Hornmantel der Basalzellen

der Cylinderschicht konnte ich färben. Nach der Studie KROMAYERS zu schliefsen, sollen die auf die Färbung reagierenden Zellmembranen dieselben Eigenschaften besitzen, wie die Hornmäntel. Daraus folgere ich, dafs die Ansicht nicht unberechtigt ist, dafs, nach unseren Präparaten zu schliefsen, bei der beschriebenen Affektion eine Intensität und Verbreiterung des Verhornungsprocesses existiert, wie dieselbe unter normalen Verhältnissen nicht stattfindet. An den Centralschnitten normaler Haut existierte so ein Proceſs nicht. Der Keratohyalinfrage ging ich in diesem Falle nicht weiter nach, da ich die gegebene Reaktion für genügend hielt. Aus allem Erwähnten geht daher hervor, dafs um eine einfache Hyperacanthose es sich in unserem Falle nicht handelt. Aus den Präparaten ist zwar ersichtlich, dafs sich der pathologische Process um anomale Processe in der Stachelschicht dreht, aber dafs es sich auch andererseits um einen in seiner Intensität gesteigerten Vorgang handelt, der endlich zur vollkommenen Verhornung führt. Sollen wir der Sache nicht eine gewaltsame Auslegung geben, so können wir jedoch auf Grundlage des anatomischen Befundes weder die Hypertrophie der bisher nicht verhornten Epithelialzellen, noch diejenige der bereits verhornten Zellen als das Primäre und Charakteristische unserer Affektion erklären. Das ergiebt sich übrigens schon bei einem flüchtigen Blicke auf die Präparate. Eine einfache Hypertrophie der Stachelschicht würde gewifs nicht solche Veränderungen im Papillarkörper herbeiführen, wie wir dieselbe an unseren Präparaten sehen, sondern hätte eher blofs eine Verbreiterung dieser Stachelschicht zur Folge, ebenso wie auch eine einfache Hypertrophie der Hornschicht keine solchen Folgen haben könnte. Die eigentümliche Form des Papillarkörpers an unseren Präparaten können wir uns viel leichter durch ein Zusammenwirken beider Faktoren erklären. Die Resistenz der hypertrophischen Hornschicht von oben gegen die hypertrophische Stachelschicht (wie UNNA dies schon sehr instruktiv in seiner Arbeit über Fibrokeratome (*Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.* XII. Bd., S. 271) und in seiner Publikation über Keratoma palmae et plantae heredit. (*Arch. f. Dermatol.* 1883, S. 252) darlegte, hat dazu geführt, dafs die hypertrophische Stachelzellenschicht in Form von Zapfen in die Cutis dringt, wodurch die bizarren Papillarformen bedingt werden, da kein Gegendruck von unten (z. B. von einer knöchernen Unterlage aus) besteht. Übrigens könnten wir auch die makroskopische Form der Papillen gar nicht anders als durch das Zusammenwirken beider Faktoren erklären. Die Anhänger der Einteilung der Hautschichten in Derivate des äufseren Keimblattes (Epithel) und Derivate des mittleren Keimblattes (Bindegewebe) werden wohl in der Majorität mit UNNA die beschriebene Affektion zu den Epidermidosen rechnen, jedoch, wie wir glauben, zu jenen Epidermidosen, welche nicht ausschliefslich zu den Akanthosen gehören, sondern ebenso mit

dieser Kategorie, wie mit den Hyperkeratosen zusammenfallen. Aber auch bei dieser Klassifikation vermissen wir einen positiven Beweis für die wichtigsten Momente, nämlich für die faktische und einzige primäre Beteiligung des Epithels an dem ganzen Processe. Durch die Ausschliefsung der Möglichkeit eines aktiven Anteiles der Bindegewebsschicht allein haben wir noch nicht positiv den einzig aktiven Anteil des Epithels bewiesen. Wenn wir uns nun erlauben dürfen, nach der vorausgesendeten kurzen Orientierung in den Ansichten der Autoren unser eigenes Urteil abzugeben, so müssen wir kurz abweichen und in kurzen Zügen die Richtigkeit unserer bisherigen histologischen Einteilung der Haut kontrollieren und prüfen. Wie bekannt, teilt man gewöhnlich die Haut ein in die Epidermis, Cutis und das subkutane Bindegewebe. Diese Einteilung hat vom embryologischen Standpunkte den Fehler, dafs sie die Cutis vom subkutanen Bindegewebe abtrennt. Vom histologischen, physiologischen und pathologischen Standpunkte jedoch erheben sich gegen diese Einteilung gewichtige Zweifel. Es ist KROMAYERS Verdienst, diesen Zweifeln in Anschauungen, welche bisher nicht die gebührende Berücksichtigung fanden, Ausdruck verliehen zu haben. KROMAYER (l. c.) sagt: „Histologisch sind die oberen gefäfsreichen Schichten der Cutis grundverschieden von der übrigen Cutis, sowohl was die eigentliche bindegewebige Textur anbelangt, als auch was Blutgefäfse, Lymphgefäfse und Nerven anbetrifft." Dabei erinnern wir uns sehr wohl der Worte UNNAS (l. c. *Anat. d. Haut, Ziemssen*, XIV. Bd., S. 1): „Da der Papillarkörper auch noch beim Erwachsenen in dem Reichtum an jungem Bindegewebe und der Verteilung des fibrillären Gerüstes von der eigentlichen Cutis recht verschieden ist und sich durch besondere Cirkulationsverhältnisse und Nervenapparate auszeichnet, so hätten wir mindestens dasselbe Recht, den Papillarteil von der Cutis abzuteilen wie das subkutane Gewebe."

Dafs auch vom physiologischen Standpunkte der Papillarteil eher zur Epidermis gehört, beweist auch KROMAYER (l. c.). „Der Papillarteil der Cutis ist das ernährende Bindegewebe derselben. Zur eigentlichen Cutis hat er nur insofern Beziehungen, als er unmittelbar an sie grenzt und die Gefäfse und Nerven, die den Papillarkörper versorgen, durch die Cutis hindurch treten." Diese Verhältnisse, mit denen der inneren parenchymatösen Organe vergleichend, charakterisieren die Epidermis als Parenchym, die Papillarschichte als interstitielles Bindegewebe. Beide zusammen bilden ein einziges Organ, das Hautorgan, welchem die verschiedenen physiologischen Funktionen zufallen und an denen die eigentliche Lederhaut keinen Anteil hat. Damit, dafs vom physiologischen Standpunkte Epidermis und Papillarteil zusammengehören, stimmen auch die pathologischen Faktoren überein, wie wir dies deutlich bei der Einteilung der entzündlichen Hautaffektionen sehen, welche wir in oberflächliche (mit

Anteilnahme des Papillarkörpers) und tiefe (mit Anteilnahme der Cutis [V. reticularis] und des subkutanen Bindegewebes) einteilen. KROMAYER weist dabei auf folgenden Ausspruch UNNAS hin (*Anat. d. Haut* l. c.): „Der Papillarkörper der Haut, wie wir den oberflächlichen, an die Oberhaut grenzenden Teil der Cutis nennen, entwickelt sich im engsten Zusammenhange mit der Oberhaut und bleibt auch später mit dieser in beständiger Wechselwirkung, so dafs es keine pathologischen Processe giebt, welche die Epidermis und den Papillarkörper allein beträfen." Aus den angeführten Gründen und noch auf Grundlage anderer Erwägungen teilt KROMAYER, nachdem er die bisherige Einteilung als nicht richtig erkannt, folgenden Vorschlag zu einer neuen Einteilung mit: 1. Cutis parenchymatosa, a) Epidermis, b) Cutis vasculosa; 2. Cutis; 3. Hypoderma. Durch die Einteilung KROMAYERS, welche wir bei dem Studium der pathologischen und namentlich der Entzündungsprocesse der Haut schätzen lernten, gewinnt unser Fall auch etwas mehr an Klarheit. Nach den histologischen Befunden halten wir uns für berechtigt, daraus zu schliefsen, dafs es sich in unserem Falle — ebenso vielleicht in den Fällen JANOVSKÝS und POLLITZERS — um eine Anomalie der Cutis parenchymatosa handelt. Diese Anomalie getrauen wir uns jedoch nicht als eine entzündliche aufzufassen, trotz der geschilderten Verhältnisse in der Cutis vasculosa. Vom Standpunkte des Klinikers fehlen hier zahlreiche Symptome, welche wenigstens teilweise die Entzündung charakterisieren. Wir sehen bei unserem Falle keine Exsudation, keine Spuren von Narbenbildung, kein Granulieren, keine Eiterung; ferner keine Schmerzen, keine Röte etc. Im pathologischen Systeme würden wir der Erkrankung einen Platz anweisen unter den Hypertrophien der Cutis parenchymatosa (im Sinne KROMAYERS) und als charakteristisches Symptom würden wir hervorheben die gleichzeitige Hyperakanthose und Hyperkeratose, welche weit über die Veränderungen in der Cutis vasculosa hervorragt. Über das Verhalten des Pigmentes berichteten wir schon oben. Über den Ursprung des Pigments können wir aus unseren Präparaten nichts auffinden. Pigmentophoren waren nicht nachzuweisen. Die Gefäfswände waren überall normal; das einzige, was auffiel, war die etwas gröfsere Anhäufung des Pigmentes um die Gefäfse.

Zum Schlusse sei es mir gestattet kurz die ätiologische Seite unseres Falles zu berühren, obzwar dies gerade hier die schwierigste Aufgabe ist. Die Untersuchung zahlreicher Präparate auf die verschiedensten Mikroorganismen nach den verschiedensten Methoden liefs uns nie einen Befund konstatieren, der es erlaubt hätte, auf eine mykotische Grundlage der ganzen Affektion zu schliefsen, wie dies POLLITZER annahm. Von diesem Befunde konnte sich auch Herr Prof. HLAVA, der unsere Präparate in dieser Richtung freundlichst kontrollierte, überzeugen. — Auch für eine

neuropathische Ätiologie finden sich blofs sehr schwache Anhaltspunkte, und die Theorie einer lokalen Dyskrasie ist ja blofs eine Hypothese. Von allen gewöhnlich bei solchen Hautaffektionen supponierten Hypothesen würde noch die einer gestörten Hauternährung oder einer Autointoxikation (im Sinne Tommasolis) entsprechen. Jedoch auch diese Hypothese kann nicht gestützt werden, z. B. durch den Nachweis einer bestimmten toxischen Verbindung, aber bemerkenswert ist es doch, dafs es sich im Fall Janovskýs um einen Alkoholiker handelt, im erwähnten Falle Vidals um eine mit Carcinoma ventriculi behaftete Frau, wie dies vielleicht (ein Tumor liefs sich nicht konstatieren) in unserem Falle der Fall war. Da jedoch die chemische Untersuchung von Harn und Magensaft in diese Richtung führte, können wir blofs sagen, dafs zur Aufklärung der ätiologischen Seite wir ebensowenig mit stichhaltigen Beweisen beitragen können, wie bei der Ätiologie der meisten Hautaffektionen.

Mein hochgeehrter Chef, Herr Prof. Janovský kontrollierte sämtliche histologischen Arbeiten und erlaubte mir, die Resultate der gemeinschaftlichen Beobachtungen zu publicieren, wofür ich demselben auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank sage.

Erklärung der Tafeln.

Tafel IV dient zur Erläuterung der Pigmentverteilung an der Haut.

Tafel V, Fig. 1 zeigt die vergrölserten und zerklüfteten Papillen, das Verhältnis der Cutis in den höheren Lagen zur Epidermis (ad naturam).

Fig. 2 zeigt das Verhältnis der Hornschicht zu den anderen Schichten der Epidermis und das Verhalten der Zellen der einzelnen Schichten (ad naturam).

Versammlungen.

65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Nürnberg

vom 11. bis 15. September 1893.

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie.

Einführender: Beckh-Nürnberg. Schriftführer: Epstein-Nürnberg.

(Originalbericht von Dr. Jessner-Königsberg i. Pr.)

Die Zahl der in der dermatologischen Sitzung eingetragenen Teilnehmer war keine sehr grofse, sie betrug nur etwa 25. Es darf uns das nicht wunder nehmen, wenn man bedenkt, wie die Zahl der ärztlichen

resp. spezialärztlichen Kongresse zugenommen hat. Dafs diese zugenommene Zahl den eigentlichen Zweck der Kongresse, die Fachgenossen zu konzentrieren, möglichst an einem Orte zu vereinigen, vereitelt, ja geradezu in das Gegenteil verwandelt, scheint nicht allen einzuleuchten. Da nur wenige in der Lage sind, wiederholt im Jahre verreisen zu können, geht der eine hierhin, der andere dorthin, und das Ende ist eine Trennung in kleinere Gruppen. Das entspricht nicht dem wissenschaftlichen Gedeihen derartiger Kongresse. Das Bouquet von Versammlungen, das den Dermatologen im nächsten Jahre winkt, indem zu Ostern in Rom, zu Pfingsten in Breslau, im September zu Wien getagt werden soll, hat der diesjährigen, herrlich verlaufenen Naturforscherversammlung wohl Abbruch gethan und wird im kommenden Jahre manchem die Wahl zur Qual machen. Wenn ich diesen Punkt hier zur Sprache bringe, so leiten mich dabei rein sachliche Motive, da ich manchen vielleicht vorhandenen persönlichen Differenzen ganz fremd gegenüberstehe, ja nicht einmal das richtige Verständnis für dieselben besitze. Meines Dafürhaltens stehen sie den Interessen der Wissenschaft, der gemeinsam zu dienen unsere vornehmste Aufgabe sein soll, diametral gegenüber. Wissenschaftliche Differenzen zu persönlichen zu machen, ist eine Sünde gegen die Wissenschaft, persönliche Differenzen auf die letztere zu übertragen, eine nicht zu billigende menschliche Schwäche. Jedoch genug davon! — Die kleine Schar von Dermatologen hat in Nürnberg fleifsig arbeiten müssen, um das ihr gebotene grofse Vortragsmaterial zu bewältigen. So dankbar man auch eigentlich die Fülle der Vorträge begrüfsen sollte, kann ich nicht umhin, es hier auszusprechen, dafs die grofse Zahl derselben auch manchen Mangel mit sich bringt. Es ist ja sicher lehrreicher und fördernder für die Wissenschaft, wenn wenige Themata gründlich durchberaten werden, als wenn die Quantität derselben die Versammlungen charakterisiert. Dazu bedarf es aber vor allem einer ausreichenden Zeit zur Diskussion, die die Differenzen in den Ansichten möglichst klar zum Ausdrucke und, wenn es geht, zum Ausgleiche bringen soll. Um aber möglichst alle Vortragenden zum Worte kommen zu lassen, wird gerade die Diskussion oft recht stiefmütterlich behandelt, und das ist meistens lebhaft zu bedauern. Wenn man einen Vortrag von einem Autor kennen lernen will, kann man denselben fast ebensogut gedruckt lesen; dafs man sofort über ihn diskutieren kann, ist eben der Vorteil mündlicher Verhandlungen. Dieser geht verloren, wenn es immer heifst: es ist keine Zeit da, wir haben noch eine Reihe von Vorträgen zu hören. Es wäre vielleicht der Bedeutung der Sektionssitzungen besser gedient, wenn man zuweilen etwas weniger Rücksicht auf die Vortragenden, als auf die Förderung der Wissenschaft, die erschöpfende Behandlung vorliegender Fragen nehmen würde.

Ein charakteristisches Gepräge erhielten die diesjährigen Verhandlungen durch die gemeinsamen Sitzungen mit der hygienischen und der laryngologischen Sektion. Es ist das ein aufserordentlich fruchtbares und deshalb dankenswertes Beginnen. Gerade diese gemeinsamen Besprechungen von Thematen ist eine vorzügliche Waffe gegen die immer weitgehendere, immer gröfser werdende Zersplitterung der Wissenschaft, die doch immer nur ein Ganzes ist und bleiben mufs, deren einzelne Teile nur durch die Zusammengehörigkeit mit dem Ganzen existenzberechtigt und lebensfähig bleiben. Es sei deshalb denjenigen, die diese glückliche Idee erfafst und verwirklicht haben, ganz besonderer Dank gebracht! Vielleicht ist man bei künftigen Naturforscher- und Ärzteversammlungen darauf bedacht, auch mit der Sektion für innere Medizin gemeinsame Sitzungen anzubahnen; an Stoff zu beide Sektionen interessierenden Thatsachen kann es wahrlich nicht fehlen, harren doch noch so viele Fragen über die Beziehungen der Hautanomalien zu inneren Krankheiten der Beantwortung. Ich wünschte, diese bescheidene Anregung fiele auf fruchtbaren Boden, das wäre ein grofser Gewinn für die dermatologische Sektion.

Nach diesen Bemerkungen gehe ich zu einem Bericht über die wissenschaftlichen Verhandlungen über.

1. Sitzung vom 11. September 1893, 3 Uhr nachmittags.
Vorsitzender: Dr. Beckh-Nürnberg.

Kollmann-Leipzig: **Über Lammbluttransfusionen bei Syphilis.** Bereits im Jahre 1889 hat K. im Anschlufs an die von den Bakteriologen veröffentlichten Arbeiten über die immunisierende und heilende Kraft des Blutserums Versuche mit der Behandlung der Syphilis mittelst Blutserums gemacht, kam jedoch zu absolut negativen Resultaten. Er publizierte dieselben erst dann, als Tommasoli mit seinen so sehr günstigen Erfolgen vor die Öffentlichkeit trat. Mittlerweile sind aber von Behring, Klemperer und anderen neue theoretische Arbeiten über die Bedeutung des Blutserums erschienen; das hat K. bewogen, seine früheren Versuche wieder aufzunehmen. Er benutzte nur Hammelblutserum, welches unter den nötigen Kautelen gewonnen wurde. Das Serum wurde subkutan injiciert. Es wurden mit demselben behandelt 18 Luetische und zur Kontrolle 5 nicht Luetische; die Menge des Serums betrug 100 ccm und darüber, war also erheblich gröfser, als die von Tommasoli benutzte. Von den 18 Luetischen waren 8 schon mit Quecksilber vorbehandelt worden; von diesen 8 mufste bei 4 wegen Schwere der Fälle später wieder zum Quecksilber gegriffen werden, trotzdem 91,5—136,0 ccm verwendet worden waren. Zwei von den 8, die mit 91,5 resp. 97,0 ccm behandelt waren, sind trotz späterer Quecksilberanwendung noch heute schwer krank. Einer, von vornherein ein leichter Fall, ist gut geworden, ein weiterer, der 142,5 ccm Serum bekommen hatte, zeigte kurz nachher neue Erscheinungen. — Ebensowenig befriedigend waren die Ergebnisse bei den 10 noch nicht vorbehandelten Luetischen, von denen nur einer, der von vornherein leichte Erscheinungen darbot, geheilt scheint, die anderen mehr oder minder noch heute krank sind, resp. durch Quecksilber später gebessert wurden. Lokale Erscheinungen am Orte der Injektion hat der Vortragende nicht beobachten können, weder stärkere Infiltrationen, noch Abscesse. Nur einmal trat eine erheblichere entzündliche Reizung auf; einige Male kam es nach der Injektion zum Ausbruch

eines Quaddelausschlages. Vortragender enthält sich jeder Kritik der Tommasolischen Mitteilungen, konstatiert aber, dafs er selbst von der Behandlung mit Hammelblutserum keinen Erfolg gesehen hat. Die Beobachtungsdauer beträgt ½ Jahr. Auch wodurch die lokalen Erscheinungen bei den Tommasolischen Versuchen hervorgerufen sind, und ob diese gerade vielleicht zu den Erfolgen in Beziehung stehen, will K. nicht weiter erörtern.

Behrend-Berlin fragt, an welchem Tage die Quaddelbildung in dem erwähnten Falle aufgetreten ist.

Kollmann: Erst am 2. bis 3. Tage.

Behrend: Das erinnert an die Ausschläge, welche im Anschlufs an die Vaccination vorkommen; diese treten entweder in den ersten drei Tagen nach der Impfung auf oder am 8.—10. Tage. Wenn auch die klinischen Erscheinungen der Eruption verschieden sind, so sind doch die Zeiten immer die gleichen, in den ersten Tagen oder bei beginnender Eiterung. Der erste Ausschlag wird hervorgerufen durch die Vaccine selbst und entspricht den durch Arzneimittel hervorgerufenen Exanthemen; eine spezifische Wirkung liegt also nicht vor. Der Impfausschlag der zweiten Periode ist nach Behrend auf die Resorption des Pustelinhaltes zurückzuführen.

Boehr-Berlin fragt, ob für Sterilität des Serums in genügender Weise gesorgt war.

Kollmann: Das Serum wurde stets mikroskopisch und bakteriologisch geprüft, niemals aber wurden pathogene Keime in ihm vorgefunden. Übrigens ist zu bemerken, dafs mit der Quantität der injicierten Flüssigkeit die Urticaria nicht zusammenhängt.

Köbner-Berlin bemerkt, dafs, als seiner Zeit auf Veranlassung von Dr. Hasse bei Phthisis direkte Lammbluttransfusionen vielfach gemacht wurden, wie er aus Erfahrung weifs, mit grofser Regelmäfsigkeit nach 30—36 Stunden eine Urticaria auftrat, verbunden mit einer Hämaturie oder Hämoglobinurie. Es handelt sich da sicher nicht um quantitative Verhältnisse, sondern die Qualität des Serums scheint schuld an der Urticaria zu sein, indem das Lammblut eine Auflösung der menschlichen Blutkörperchen bewirkt. Er fragt nun, ob Kollmann ähnliches bei seinen Versuchen beobachtet hat.

Kollmann-Leipzig hat niemals Hämoglobinurie gefunden, trotzdem der Urin stets beachtet wurde. Nur 2—3 mal konnte etwas Albuminurie nachgewiesen werden jedoch konnte nicht festgestellt werden, ob nicht schon früher Eiweifsharnen bestanden hat.

Pick-Prag bemerkt gegenüber Köbner, dafs eine direkte Bluttransfusion und eine subkutane Injektion von Serum doch etwas ganz Verschiedenes sind. Auch er kann bestätigen, dafs nach Injektion von Blutserum, die er allerdings nur bei Gesunden ausgeführt hat, niemals örtlich ähnliche Erscheinungen auftreten, wie sie Tommasoli geschildert hat; der Verlauf war stets ein glatter. Urticaria hat er niemals gesehen.

Köbner-Berlin möchte über das Zahlenverhältnis betreffs des Auftretens von Urticaria Auskunft haben. Kollmann kann dieselbe augenblicklich nicht geben, da er die Krankengeschichten nicht zur Stelle hat.

Die Sitzung wird jetzt in Gemeinschaft mit der Sektion für Hygiene fortgesetzt, um einige interessante Vorträge in der letzteren zu hören, die ich im folgenden wiedergebe:

Medizinalrat Dr. Wollner-Fürth: **Über die Fürther Industriezweige und deren Schattenseiten: Quecksilber- und Silberbelege, Bronzefabrikation, Spiegelglasschleiferei und Facettierwerke.**

Die Industrie von Fürth ist in einigen Zweigen eine eigenartige und nur in wenigen Orten zu finden, in mancher Beziehung bietet sie hervorragendes hygienisches

Interesse. Die Industrie zerfällt in zwei Hauptgruppen: 1. die Fabrikation von Spiegelglas, Spiegel und verwandten Dingen. 2. Die Blattmetallfabrikation mit ihrem Nebenzweigen, vor allem der Bronzefabrikation.

Die Spiegelfabrikation hängt zusammen: 1. mit der Rohglasfabrikation, die besonders da, wo reichliches Heizmaterial und Wald vorhanden ist, betrieben wird (in Belgien und Böhmen); 2. mit den Schleifereien, die man besonders da, wo Wasserkräfte vorhanden sind, vertreten findet; 3. mit der Fabrikation von Spiegeln, dem Belegen derselben mit Quecksilber, welches allerdings jetzt von Jahr zu Jahr mehr verdrängt wird durch die Konkurrenz der Silberbelege; 4. mit den Glas-Facettierungswerken und feinen Glasschleifereien, welche 1000 Arbeiter in Fürth beschäftigen, da die Facettierung des Spiegelrandes jetzt wieder, wie im vorigen Jahrhundert, sehr modern wird. Die bei diesen Arbeiten zurückbleibenden Reste werden verwendet zu 5. der Brillenfabrikation, die in Fürth einen grofsen Umfang angenommen hat; 6. der Herstellung der weiteren Ausstattung der Spiegel, der Rahmen von Holz mit oder ohne Vergoldung etc. Von diesen Werken haben besonderes medizinisches Interesse drei: die Spiegelbelege mit Quecksilber und Silber, die Facettierungswerke und die Brillenfabrikation.

Das Belegen mit Quecksilber bietet das meiste historische und hygienische Interesse. Dasselbe wurde schon vor 100 Jahren in Fürth geübt und legte die Grundlage zu dem industriellen Aufschwunge der Stadt; jetzt ist es sehr im Rückgange und beschäftigt nur ca. 50 Arbeiter. Diese sehr gefährliche Arbeit ist sehr einfacher Natur, zieht aber manche Folge nach sich: Zahnfleischaffektionen sind meistens vorhanden, stärkere Salivation ist aber selten. Erethismus und Tremor mercurialis sind sehr häufig. Jedoch nehmen alle diese Intoxikationserscheinungen dank den hygienischen Verbesserungen jetzt erheblich ab, so dafs Quecksilberkranke immer seltener werden. Die Aufnahme des Quecksilbers in den Organismus erfolgt sowohl durch den Respirations- und Digestionstractus, wie durch die Haut. Tabellen beweisen, dafs die Quecksilbervergiftung seit 1885 sehr abnimmt, ja sogar seit 1890 kaum mehr vorkommt, dafs dieselbe früher im März die meisten, im Oktober die wenigsten Krankheitsfälle bewirkte. Die Hygiene erfordert aufserordentliche Reinlichkeit, gute Ernährung, geringe Arbeitszeit und gute Bezahlung. Die Durchführung der diesbezüglichen hygienischen Verordnungen wird wohl gegenstandlos werden, weil die Quecksilberbelege durch die billigeren Silberbelege verdrängt werden. Es ist das zu bedauern, da der Silberspiegel weder so schön noch so dauerhaft wie der Quecksilberspiegel ist und aufserdem dadurch wieder eine Kleinindustrie immer mehr untergeht. Ob gesundheitliche Vorteile daraus entstehen, möchte der Vortragende bezweifeln, da er das Leben der Silberbelegarbeit für gefährdeter hält. Der beständige Aufenthalt in 23 bis 32° disponiert zu Erkrankungen der Atmungsorgane; dabei ist es schwer, die direkte Abhängigkeit der Silberarbeiter-Erkrankungen von der Beschäftigung zu beweisen, was ja bei den Quecksilberarbeitern leicht möglich ist.

Die Brillenfabrikation zerfällt in die Beschaffung der Brillengläser und der Gestelle. Die Zahl der bei der Herstellung von Brillengläsern beschäftigten Arbeiter ist sehr klein, da einer viel leisten kann. Von Gestellen werden nur die Stahlbrillengestelle fabrikmäfsig erzeugt. Gefahren haben diese Zweige nicht, die Arbeit ist eine leichte und erfordert sehr wenig Vorkenntnisse. Deshalb werden diese Arbeiter schlecht bezahlt, erhalten oft weniger Lohn, als Krankengeld, was natürlich eine starke Belastung der Krankenkassen zur Folge hat.

Die Blattmetallfabrikation ist die zweite grofse Gruppe der Fürth eigenartigen Industrie. Dazu gehört die Bronzefarbenherstellung. Es werden die Metalle

in verschiedenen Mischungen, Legierungen, zusammengeschmolzen und dann zuerst mit Maschinen, später mit der Hand fein geschlagen, wobei die Plättchen zwischendurch immer wieder ausgeglüht werden müssen; auch weibliche Arbeiter sind dabei thätig. — Durch weitere Verdünnung der Metalle und Zerstampfen zu Staub werden die Bronzefarben hergestellt. Der Staub wird in rotierenden Cylindern aufgewirbelt und schlägt sich dann je nach seiner Feinheit und Schwere in angebrachten Behältern nieder. Durch Erhitzen und Zugabe von Öl und Essig wird die natürliche Färbung hergestellt. Von sanitären Nachteilen sind hervorzuheben: Im Hammerwerke kommt es häufig zur Schwerhörigkeit der Arbeiter und zu schweren Fingerverletzungen. Die Arbeiter sind sonst sehr gesund; der Kupferstaub bringt kaum Vergiftungserscheinungen, die sogenannten Kupferkoliken sind wohl meistens Bleikoliken. Staubkrankheiten der Lungen sind kaum beobachtet, trotzdem die Arbeiter sich nur durch ein einfaches Tuch den Mund verbinden. Bronzelungen sind nicht gefunden. Die Arbeiter in diesen Werken werden gut bezahlt und führen eine ordentliche Lebensweise. — Die Metallschläger der Kleinindustrie leiden unter manchen Nachteilen, da diese Arbeiter meistens in schlecht gelüfteten Räumen wohnen und arbeiten. Die häufige Tuberkulose auf diesen Umstand zurückzuführen, ist nicht angängig, da die Statistik eine ungenügende ist. — Die Lebensweise der Metallarbeiter, das gemeinsame Arbeiten mit den Arbeiterinnen in engen Räumen bringt es mit sich, dafs dieselben frühzeitig Verhältnisse eingehen und die Zahl der unehelichen Kinder eine sehr grofse ist. Die frühzeitig geschlechtlich in Anspruch genommenen Mädchen sind schlecht ernährt, die Mutter wie die Kinder gehen leicht zu Grunde. Die ungünstigen sanitären Verhältnisse der Metallschläger sind nach der Ansicht des Vortragenden aber nicht Folgen des Gewerbes, sondern ihrer schlechten Lebensführung.

F. Goldschmidt: **Über Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern der Nürnberger Pinselindustrie.**

Im Jahre 1888 wurde in Nürnberg der erste Milzbrandfall konstatiert. Bei genauerer Beobachtung stellte sich aber bald heraus, dafs der Milzbrand keineswegs selten war, er war nur unter den verschiedensten Bezeichnungen rubriciert worden, als akut purulentes Ödem, Phlegmone, Sepsis etc. Es darf das nicht weiter wunder nehmen, da die Fälle, wenn sie, wie gewöhnlich, spät zur Behandlung kommen, schwer erkennbar sind. Oft gelangten sie in solch vorgeschrittenem Stadium zur Beobachtung, dafs die Verimpfung keinen Erfolg mehr hatte. Es sind nun von 1888 bis 1892 im ganzen 30 Fälle beobachtet, sie zeigten umschriebene, brettharte Infiltrationen, starke Rötung der Haut, hämorrhagische Blasen, hohes Fieber, schwere Allgemeinerscheinungen. Von den 30 starben drei, und von diesen kamen zwei zur Sektion. Die Autopsie ergab als besonders hervorhebenswert: hämorrhagische Infiltrate in den dem ursprünglichen Krankheitsherde benachbarten Drüsen und den Mesenterialdrüsen, blutig-seröse Exsudate in den Körperhöhlen, grofse Hämorrhagien auf serösen Blättern, erbsengrofse Knötchen in der Schleimhaut des Dünndarmes, zum Teil nekrotisiert. Milzbrandbacillen wurden stets gefunden. — Von Interesse ist es nun, dafs alle Fälle, bis auf einen, Arbeiter waren, welche in Pinselfabriken thätig sind. Der eine Fall betraf einen Anstreicher, der unmittelbar vor der Erkrankung sich einen neuen Pinsel gekauft hatte.

Die Krankheit ergriff meistens junge Menschen. Der primäre Sitz war gewöhnlich das Gesicht, besonders das Kinn, seltener die Hand. In mehreren Fällen kam es zu ausgedehnten Zerstörungen des Gesichts, so dafs nach erfolgter Heilung erhebliche plastische Operationen zur Deckung der Defekte nötig waren. — Es fragt sich nun, wie man dieser schweren Gewerbserkrankung erfolgreich entgegentritt; natürlich müfste man dazu die Quelle in Angriff nehmen und in jedem Falle feststellen. Das

ist jedoch sehr schwer, da es kaum möglich ist, stets die Sorte des von dem erkrankten Menschen verarbeiteten Rohmaterials nachträglich festzustellen; es ist dazu gewöhnlich ein zu langer Zeitraum verflossen. Man hat das Rohmaterial wiederholt bakteriologischen Untersuchungen unterworfen, jedoch war das Resultat meistens ein negatives; nur in einem Falle konnte man aus demselben Bacillen züchten, die sich in jeder Beziehung wie Milzbrandbacillen verhielten, aber nicht pathogen waren.

Die erkrankten Arbeiter waren meistens solche, die mit dem Borstenzurichten beschäftigt waren, oder mit Rohmaterial zu thun hatten. Zur Verhütung der Infektion wurde eine Desinfektion des Materials verfügt; desinficierende Mittel wurden in den Arbeitsräumen aufgestellt, welche die Arbeiter bei jeder kleinsten Verletzung gebrauchen sollten. Ein eingeführtes Reinigungs- und Bleichungsverfahren erwies sich als wertlos. Die Desinfektion im strömenden Dampf vertragen nur graue und falbe Borsten, Roßhaare büßen 14% des Gewichtes ein und verlieren dadurch an Wert, weiße Roßhaare verlieren außerdem noch ihre Farbe. Es ist durchaus nötig, noch nach einem anderen, sicher desinficierenden, die Industrie nicht schädigenden Verfahren zu suchen. Am besten wäre es allerdings, auf internationalem Wege eine Desinfektion des Rohmaterials anzubahnen, bevor dasselbe in den Handel gebracht wird.

An diesen klaren und in sehr eindrucksvoller Weise vorgetragenen Bericht schloß sich als Ergänzung der Vortrag von

Siegmund Merkel-Nürnberg: **Experimentelle Studien über Milzbrand in der Nürnberger Bürstenindustrie.**

In der Bürstenindustrie ist folgendes Bleichverfahren üblich: Die Borsten kommen für 12 Stunden in eine wässerige Lösung von Kalium permanganicum (2 : 1000), werden dann mit Wasser ausgewaschen und für zwei Stunden in 3%ige schweflige Säure gebracht. Zum Schluß setzt man einige Tropfen Wasserstoffsuperoxyd oder Salmiakgeist zur sauren Lösung hinzu; erneutes Auswaschsen der Borsten mit Wasser beschließt die Procedur. — Es fragt sich nun: 1. Haben so behandelte, vorher mit Milzbrand inficierte Borsten ihre Virulenz verloren? 2. Ist in den Rückständen der zur Bleichung verwendeten Flüssigkeiten virulenter Milzbrand nachher nachweisbar, der mechanisch von den inficierten Borsten abgelöst ist?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde eine Reihe von Versuchen unternommen:

Erste Versuchsreihe: Die mit Milzbrand inficierten Borsten kommen für zwölf Stunden in Kalium permanganicum (2 : 1000) und werden dann, ohne zu schütteln, herausgenommen. Es zeigt sich dann, daß die Flüssigkeit bei Untersuchung des Bodensatzes keine Bacillen enthält, wohl aber die Borsten. Jetzt werden letztere ausgewaschen und kommen in schweflige Säure auf zwei Stunden, wiederum findet man dann nur in den Borsten, nicht in der Flüssigkeit Bacillen. Die Anwendung der weiteren Proceduren in obengenannter Weise geben kein anderes Resultat.

Zweite Versuchsreihe: Die in gleicher Weise inficierten Borsten werden in der ersten Flüssigkeit tüchtig geschüttelt, dann entfernt und die letztere zentrifugiert. Man fand dann Milzbrandbacillen in der verwendeten Flüssigkeit.

Dritte Versuchsreihe: Die inficierten Borsten wurden in die Kalium-permanganicum-Lösung ruhig eingelegt, nachher abgespült und dann erst in der schwefligen Säure tüchtig geschüttelt. Diese wurde dann zentrifugiert, man konnte dann aus dem Rückstand reichlich Milzbrandbacillen züchten.

Vierte Versuchsreihe: Einige Stücke der inficierten Borsten wurden Meerschweinchen unter die Haut gebracht; die letzteren gingen dann nach drei bis vier Tagen an Milzbrand zu Grunde. Wurden aber Borsten unter die Haut gebracht, die

vorher kräftig in dem Abspülwasser ausgeschüttelt waren, dann blieben die Tiere am Leben.

Aus diesen Versuchen folgt, dass auch beim Bleichen keine genügende Desinfektion statthat; wenn die inficierten Borsten teilweise ihre Virulenz verloren hatten, so beruht das wahrscheinlich auf einer mechanischen Entfernung der Bacillen während der Proceduren. Es ist deshalb, solange keine energische Desinfection des Materials erfolgen kann, wozu vielleicht Versuche mit Formanilin zu empfehlen wären, vor allem auf eine energische Abspülung der Borsten mit Wasser Bedacht zu nehmen; jedoch muſs dabei möglichst vermieden werden, daſs die Hände der Arbeiter mit denselben in Berührung kommen.

2. Sitzung vom 12. September, morgens 9 Uhr.

Der Sitzung geht die Wahl von drei zur Wahl des Ausschusses der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte bestimmten Sektionsmitgliedern vor sich. Es werden gewählt: BECKH-Nürnberg, KÖBNER-Berlin, LANG-Wien. Letzterer wurde später in den eigentlichen Ausschuſs gewählt.

Die Sitzung findet zuerst in Gemeinschaft mit der Sektion für Hygiene statt zur gemeinsamen Beratung über das von der dermatologischen Sektion aufgestellte Thema: **Über Vorbeugung der Syphilis mit Berücksichtigung der Frage: ist die öffentliche oder geheime Prostitution die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten?**

Vorsitzender: KÖBNER-Berlin.

Prof. EDUARD LANG-Wien (Referent): Die groſsen Schäden der Syphilis sind allgemein bekannt und gefürchtet, die Vorsichtsmaſsregeln lassen sich aber nicht in der Weise durchführen, wie es wohl wünschenswert wäre. Wir haben zwei Gesichtspunkte dabei ins Auge zu fassen: 1. die Erkrankten zu heilen, 2. die Gesunden vor Erkrankung zu bewahren. — Dem ersten Postulat genügen wir, wenn wir die Kranken ausfindig machen und einer Behandlung unterwerfen; die Gesellschaftsordnung sollte uns dabei zu Hülfe kommen. Besonders müſsten auch öffentliche Einrichtungen, wie es die Krankenkassen sind, dabei mitwirken. Die Behandlung muſs auch so durchführbar sein, daſs soviel als möglich die Erkrankten Rücksicht auf ihre Stellungen erfahren. Für Frauen und notwendige Ernährer der Familie ist eine ambulatorische Behandlung nötig, wobei es erwünscht wäre, daſs die Humanität etwas mehr für die unentgeltliche Verabfolgung von Medikamenten thäte. Kranke, die für ihre Umgebung gefährlich sind, müſsten in die öffentlichen Krankenhäuser gebracht werden. Das ist aber leider nicht immer möglich, da stets Raummangel vorhanden ist. Noch schlechter als die Kranken der arbeitenden Klasse sind die der Mittelklasse angehörigen daran, da sie sich nur sehr schwer entschlieſsen, sich in die öffentlichen Anstalten aufnehmen zu lassen, die hohen Preise in einer Privatklinik aber nicht zu bezahlen im stande sind. — Als besonders beachtenswert ist hervorzuheben, daſs die Kranken vor materiellem Schaden geschützt werden müſsten. Es müſste deshalb absolut nicht gestattet sein, daſs Krankenkassen ihren Mitgliedern, wenn sie luetisch inficiert sind, die Wohlthaten entziehen. In Österreich ist das durch Beeinflussung maſsgebender Abgeordneter bei der neuen Krankenkassengesetzgebung gelungen, auch für Deutschland muſs es schlieſslich bei einmüthigem, unentwegtem Vorgehn durchsetzt werden, daſs diese Ungerechtigkeit aus der Welt geschafft wird.

Noch wichtiger als Kranke zu heilen ist es, die Gesunden vor Erkrankung zu

bewahren. Da muſs in erster Reihe die populäre Belehrung stehen; die Menschen müſsten darüber unterrichtet sein, daſs eine Blennorrhoe auch durch den Schwamm, Syphilis auch durch Eſs- und Trinkgeschirre, Cigarrenspitzen etc. übertragen werden kann und ähnliches. Solche Belehrungen dürfen sich, wenn sie als Broschüren verbreitet werden, nicht auf die Syphilis beschränken, damit die Besitzer der Bücher nicht die Gefahr laufen, ein schlechtes Licht auf sich zu werfen. — Wo in Gewerben Gefahren der Übertragung der Syphilis vorhanden sind, müssen diese beseitigt werden. Impfung und Beschneidung haben jetzt kaum mehr irgendwelche Bedeutung, dagegen verdient das Ammenwesen sehr groſse Aufmerksamkeit. Es muſs nicht nur die Amme untersucht werden, um das Kind vor Syphilis zu schützen, sondern es muſs auch diese selbst vor Infektion seitens eines hereditär-syphilitischen Kindes geschützt werden. Ist das Kind luetisch, so muſs man die Amme über die Gefahren aufklären, geht sie nichtsdestoweniger darauf ein, dann muſs man sie über die Kautelen belehren, die sie zu beobachten hat, um womöglich der Infektion zu entgehen.

Unter den Gelegenheiten zur Infektion nimmt naturgemäſs der auſsereheliche Verkehr die erste Stelle ein; die dabei wichtigen Punkte faſst man in der **„Prostitutionsfrage"** zusammen. Die Prostitution zerfällt in eine geheime und eine öffentliche, letztere wiederum in eine kasernierte (in Bordellen untergebrachte) und eine freie, nicht kasernierte. Zu beseitigen ist der Kulturschaden, als welcher die Prostitution natürlich angesehen werden muſs, zweifellos nicht, es handelt sich nur darum, wie man die Gefahren am besten herabdrückt. Die Eruierung des Zahlenverhältnisses beider Prostitutionsarten ist natürlich nicht möglich, da man ja die Zahl der geheimen Prostituierten nicht feststellen kann. Auch der Versuch, in den Spitälern festzustellen wieviele von den kranken Frauen unter Kontrolle stehen und wieviele nicht, giebt keine sicheren Zahlen; diese ruhen alle auf schwankendem Boden. Der Vortragende stellt sich auf die Seite derjenigen, welche von der sanitären Überwachung der Prostitution noch das Allermeiste erwarten. Die Prostituierten suchen sich vielfach der Kontrolle zu entziehen, indem sie alle möglichen Stellungen scheinbar einnehmen, die sie als Deckmantel für ihre eigentliche Thätigkeit benutzen. Wenn man unter den kontrollierten Dirnen immer viel mehr Kranke findet, als unter den nicht Kontrollierten, so sagt das nichts, da wir ja über letztere nichts Genaues erfahren. Ebenso wie bei dem Auftreten anderer epidemischer Erkrankungen die Geheimhaltung groſsen, unabsehbaren Schaden anrichten kann, wie wir es bei der Hamburger Cholera-Epidemie gesehen, ist dieses auch hier der Fall. Daſs die Syphilis wenig beachtet wird, liegt zum Teil auch daran, daſs sie nicht so akut, so stürmisch verläuft und deshalb nicht so Angst und Schrecken um sich verbreitet, wie manche akute Infektionskrankheit. Die nicht registrierte Prostitution ist, eben weil sie sich der Kontrolle entzieht, die weit gefährlichere Quelle der Syphilis. Würde jeder Inficierte die Infektion durch nicht kontrollierte Personen zur Anzeige bringen, so würde man diese ja leichter fassen können. Folgerichtig müſste man in gleicher Weise aber auch gegen die Männer verfahren, welche Dirnen angesteckt haben. Jedenfalls ist eine Kontrolle stets anzustreben, und die Wünsche der Abolitionisten, welche jede Organisierung und offizielle Beaufsichtigung der Prostituierten verwerfen, sind absolut a limine abzuweisen: am treffendsten hat sie Tarnowski widerlegt. Wenn man in der sanitären Kontrolle eine Beschränkung der persönlichen Freiheit der Prostituierten erblickt, so ist das absolut kein Grund gegen die Kontrolle, denn jede hygienische Fürsorge bringt einen Zwang mit sich, dem sich jeder Bürger im Interesse des Gemeinwesens unterwerfen muſs.

Eine weitere, viel erörterte Frage ist diejenige, ob die kasernierte Prostitution (Bordelle) oder die freie vorzuziehen ist. Manche behaupten, Bordelle seien unsittlicher. Verstöſst das Herumlaufen der Dirnen auf den Straſsen etwa weniger gegen die Sitte?

Wird dadurch nicht das Gefühl jeder anständigen Frau verletzt? Und ist es nicht geradezu widerlich, wenn die Dirnen sich die Plätze, auf denen die Gymnasien stehen, gerade in den Stunden, in denen die Schüler höherer Klassen die Schule verlassen, zum Promenieren aufsuchen? Vom moralischen wie vom sanitären Gesichtspunkte aus sind Bordelle vorzuziehen, die ja auch eine leichtere Kontrolle gestatten. Jedoch mufs diese Frage in jedem einzelnen Falle geprüft werden, da noch manche andere Gesichtspunkte dabei in Frage kommen. Im allgemeinen sind die Bordelle in grofsen Städten vorzuziehen. Zu untersagen sind sie niemals, sondern eher zu begünstigen. Der Zweck der Kontrolle wird nur erreicht, wenn jede Kranke sofort ins Krankenhaus kommt und wenn die Entlassenen noch eine Zeit lang so untergebracht werden, dafs sie strenge beobachtet werden können. Zu ersterem Zwecke sind reichlich Plätze in Krankenhäusern zu schaffen, jedoch ist es nicht zu empfehlen, Anstalten nur für venerische Kranke zu gründen, damit die Patienten nicht zu befürchten brauchen, sich durch den Eintritt in solch' ein Krankenhaus in Verruf zu bringen. Um aber die Entlassenen noch beobachten zu können, müssen Rekonvalescentenheime für Luetische errichtet werden, da man die Patienten unmöglich so lange im Krankenhaus behalten kann, wie sie unter Aufsicht zu halten sind. Man kann diese Aufsicht nicht lange genug ausdehnen, weil die erkrankten Gewebe gar leicht neue Läsionen erleiden. Die Rekonvalescentenheime sollen der sanitären Prophylaxe dienen, nicht der moralischen Besserung, wenn natürlich auch letztere nebenbei mit angestrebt werden kann. Denen gegenüber, welche behaupten, dafs man zu human gegen die Prostituierten verfährt, mufs man erwidern, dafs man vielleicht weniger human sein könnte, wenn es sich nur um die erkrankte Prostituierte handelte. Man mufs doch aber bedenken, dafs diese die Quelle weiterer Infektionen werden kann und daher eine Gefahr für die Mitmenschen darstellt, welche beseitigt werden mufs.

Der Referent verteilt am Schlusse seines mit grofsem Beifall aufgenommenen Referates folgende Thesen als Grundlage für die Diskussion:

I. Trotz anerkannter Schwierigkeiten, welche sich den prophylaktischen Mafsnahmen entgegenstellen, sind die Behörden verpflichtet, der Weiterverbreitung der venerischen Krankheiten nach Möglichkeit entgegenzutreten.

II. Für Arme und Minderbemittelte ist unentgeltliche Behandlung und kostenfreier Bezug von Medikamenten, sei es in der Behausung, sei es in Ambulatorien oder Krankenanstalten, anzustreben.

III. Venerisch-Kranke müssen auf ihren Wunsch bedingungslose Aufnahme in öffentlichen Heilanstalten finden.

IV. Es sind demnach die bestehenden Abteilungen für Venerisch-Kranke zu erweitern, bezw. neue Abteilungen zu kreieren.

V. Für Venerisch-Kranke aus der Beamtenwelt und dem Mittelstande sind in den Krankenhäusern passende Zahlabteilungen zu errichten, bezw. die bestehenden zu erweitern und allgemein zugänglich zu machen.

VI. Errichtung von Krankenanstalten mit ausschliesslicher Bestimmung für Venerisch-Kranke sind nicht zu empfehlen.

VII. Venerisch-Kranke dürfen keine Zurücksetzung im Dienste, noch materielle Schädigung bei Vereinen etc. erfahren.

VIII. Verbreitung einer gemeinverständlichen Darstellung über die gesamte Hygiene, welche auch über die Gefahren der Infektion mit venerischen Krankheiten belehren soll, ist empfehlenswert.

IX. Gewerbebehörden haben im Vereine mit ärztlichen Funktionären auf Verhütung von Syphilisinfektionen bei gewissen Berufsarten hinzuarbeiten.

X. Das Ammenverhältnis ist sanitätsbehördlich zu überwachen und der Gesund-

heitszustand der Amme und ihrer Familie (zum mindesten ihres Kindes), sowie des Säuglings und seiner Eltern den beiden interessierenden Parteien bekannt zu geben.

XI. Für die Verbreitung der venerischen Krankheiten giebt die sog. geheime Prostitution wegen Unmöglichkeit einer sanitären Kontrolle die gefährlichste Quelle ab.

XII. Nicht registrierte Prostituierte, die nachweislich venerische Infektionen beigebracht, sind einer obligatorischen Behandlung im Sinne der Thesen XVI und XVII zuzuführen.

XIII. Männer, von denen nachweislich venerische Infektionen ausgingen, sind anzuhalten, ihre Krankheit regelrecht behandeln zu lassen und überdies gerichtlich zu verfolgen, wenn sie sich ihrer Krankheit bewufst waren.

XIV. Die sanitäre Kontrolle ist nur bei behördlich registrierten Prostituierten möglich.

XV. Oertliche Verhältnisse sollen dafür bestimmend sein, ob für die registrierte Prostitution die Kreierung geschlossener Etablissements zu gestatten ist.

XVI. Prostituierte, die venerisch-krank befunden wurden, sind sofort in eine öffentliche Heilanstalt abzugeben.

XVII. Eine notwendige Ergänzung der hygienischen Mafsnahmen bilden unter Kontrolle befindliche Rekonvalescentenhäuser, in welchen die aus der öffentlichen Krankenanstalt als „geheilt" entlassenen Puellae durch einige Wochen oder Monate die Konsolidierung ihrer Gesundheit abzuwarten haben.

Privatdocent Kopp-München (Korreferent): Dafs die Prostitution ein notwendiges Übel ist, dürfte nicht bestritten werden. Über die Mittel, ihre Gefahren zu vermindern, gehen die Meinungen weit auseinander. Zu bedauern ist es, dafs die Kontrollmafsregeln in den verschiedenen Städten nicht mit der gleichen nötigen Energie durchgeführt werden. Vor allem werden die Kranken zu früh entlassen, sie werden nur „blanchiert" (weifs gemacht), wie die Franzosen sich ausdrücken. Die sanitäre Kontrolle ist wichtig und wertvoll, mufs aber energisch genug geübt werden. Die günstigsten Aussichten für die Überwachung bieten die Bordelle, die deshalb nicht beseitigt werden dürfen; die Behörden sollen dieselben in ihrer Existenz nicht stören. Die geheime Prostitution ist natürlich niemals ganz zu unterdrücken, breitet sich sogar in grofsen Städten immer mehr aus. Sie bildet eine vielleicht noch gröfsere Gefahr als die öffentliche Prostitution.

Die Zahlen festzustellen ist sehr schwer; von manchen wird vielleicht die Ausbreitung der geheimen Prostitution auch übertrieben. Die Zahl der Infektionen wird durch die Überwachung und genügende Behandlung entschieden vermindert; das lehren auch die Erfahrungen, die man in Italien seit der Aufhebung der Kontrolle gemacht hat. Die Syphilis hat sich dort seitdem enorm vermehrt, so dafs man wahrscheinlich bald wieder zur Kontrolle wird zurückkehren müssen Um auch die Stimme der Kranken darüber zu hören, welche Art der Prostitution sie für die weniger gefährliche halten, hat der Vortragende eine Enquête angestellt, indem er diejenigen erkrankten Leute, von welchen er die nötige Intelligenz voraussetzen zu können glaubte, um ihre Ansicht fragte. Von 653 waren 480 günstig, 173 ungünstig der öffentlichen, kontrollierten Prostitution gesinnt. Natürlich ist dieser Enquête nur ein beschränkter Wert beizulegen. Von anderen zu berücksichtigenden Faktoren sind noch hervorzuheben: Die Belehrung der heranwachsenden Jugend, die Beseitigung aller Beschränkungen vonseiten der Krankenkassen, die Besserung der sozialen Verhältnisse der Arbeiterinnen, die Kontrolle von Soldaten, Arbeitern etc.

In der sich anschliefsenden lebhaften Diskussion, die sich durchweg an die Thesen von Lang anlehnt, spricht zuerst

Hueppe-Prag: Bei den Syphilitikern mufs man vor allem durchzuführen suchen, dafs es sich um kranke und nicht um moralisch verkommene Menschen handelt. Die Gesetzgebung mufs das berücksichtigen und nicht wie bisher die Menschen dazu zwingen, die Krankheiten sogar zu verheimlichen. Auch müssen alle Krankenhäuser den Luetikern zugänglich gemacht werden. Die letzte These von Lang, Rekonvalescentenhäuser zu errichten, geht insofern noch zu weit, als wir noch viel geringere, bescheidenere Forderungen nicht erreicht haben. Die Verwirklichung dieser wäre doch vorläufig in erster Reihe zu erstreben.

Spinola-Berlin: In der Berliner Charitée werden täglich 400 syphilitische Frauenzimmer und 200 syphilitische Männer im Durchschnitt verpflegt, wodurch man Gelegenheit hat, vielfach Erfahrungen über das in Rede stehende Thema zu sammeln. Der These VI von Lang kann S. nur insofern beistimmen, als die Kranken nicht in verschiedenen Abteilungen getrennt werden müssen. These VII darf sich nicht erstrecken auf die Disciplin in den Krankenhäusern, denn diese mufs bei den Prostituierten eine sehr strenge sein. Dieselben neigen in solch' hohem Mafse zu Ausschreitungen gröbster Art, dafs die gewöhnliche Hausordnung des Spitals nicht dazu ausreicht, sie zu zügeln, und man mit gröfster Strenge gegen sie vorgehen mufs. Nachsicht ist da in keiner Weise angebracht. These XVII bittet er Lang ganz zurückzuziehen, da wir noch lange nicht so weit sind, so weitgehende Forderungen aufstellen zu können, zumal für Rekonvalescenten anderer Krankheiten noch nicht genug gethan worden ist. Private und öffentliche Mittel dürften für diesen Zweck noch lange nicht aufzutreiben sein.

Wolpert bat Bedenken gegen These XIII. Wenn Männer, von denen nachweislich venerische Infektionen ausgingen, gerichtlich verfolgt werden sollen, wenn sie sich ihrer Krankheit bewufst waren, so müfsten folgerichtig auch die kranken Dirnen, die andere inficieren, bestraft werden.

Spinola: Bei der Frage der Bestrafung ist zu bedenken, dafs, da es sich im Sinne des Gesetzes um eine Körperverletzung handelt, die Bestrafung bei einer solchen nur auf Antrag des Geschädigten erfolgen kann. Dafs der Staatsanwalt etwa ex officio die Klage ohne Antrag erheben könnte, daran ist nicht zu denken.

Aub-München: Die registrierte Prostitution giebt am seltensten Gelegenheit zur Infektion, die Zahl der erkrankt befundenen ist doch eine sehr geringe. Dagegen findet man unter den aufgegriffenen Dirnen sehr häufig kranke, und sind diese deshalb gefährlicher. Die Registrierung müfste nicht zu sehr erschwert werden. Ein Fehler der Gesetzgebung sind auch die Paragraphen über Kuppelei, kraft deren jeder Hauswirt, in dessen Hause eine Prostitution treibende Person gefunden wird, bestraft werden kann; dadurch wird natürlich auch die Geheimhaltung nur befördert.

Pick-Prag ad These X: Die Ammenfrage ist von gröfster Wichtigkeit, nur kann er sich mit Lang nicht einverstanden erklären. Man mufs die Amme stets ebenso schützen wie den Säugling, und darf es in keinem Falle gestatten, dafs sie ein syphilitisch krankes Kind stillt, selbst wenn die Amme sich damit einverstanden erklärt. Es ist das eine Gewissensfrage des Arztes, die Behörden haben damit nichts zu thun. Die Amme kann die Gefahren niemals ermessen, und man mufs sie deshalb in jedem Falle von dem kranken Kinde fernhalten, statt ihr Kautelen anzuraten. Zu These XVII ist zu bemerken, dafs man doch die Syphilis und die übrigen venerischen Krankheiten voneinander trennen mufs. Mit den letzteren werden wir schon fertig, der Syphilitiker wird aber nach vier Wochen niemals „geheilt" entlassen, er ist dann noch krank. Die Rekonvalescentenhäuser sind also eigentlich auch noch

Krankenhäuser, es handelt sich bei der Langschen Forderung also nur um eine Verlängerung der Behandlungsdauer.

Behrend-Berlin: Aus der Diskussion scheint doch hervorzugehen, dafs die Verhältnisse in den verschiedenen Städten auch verschieden liegen; er schliefst sich den Ausführungen Spinolas an. Zu These VII ist zu bemerken, dafs die Prostituierten meistens einen moralischen Defekt aufweisen, der es erheischt, sie ganz anders zu behandeln wie andere Krankenhausinsassen, wenn anders man die Disziplin aufrecht erhalten will. — Was die Verhältnisse der Krankenkassen betrifft, so kann er doch nicht ganz denen beistimmen, welche wünschen, dafs die syphilitisch Inficierten ebenso wie andere Kranke behandelt werden. Wenn ein Mitglied einer Krankenkasse syphilitisch erkrankt, soll er kein Krankengeld bekommen, sondern mufs ins Krankenhaus. Weigert er sich, dann geht er des Krankengeldes verlustig. — Über die Frage, welche Art der Prostitution gefährlicher ist, wird sich wohl kaum ein entscheidendes Urteil fällen lassen. — Was These XVII betrifft, so kann er der Langschen Forderung nicht zustimmen, da wir kein Recht haben, Menschen länger zurückzuhalten, als sie krankhafte Symptome zeigen.

Neuberger-Nürnberg spricht gegen Spinola für die Langsche These VII. Die syphilitisch Erkrankten müssen gemischt werden mit den anderen; das gilt auch von Prostituierten, die dann viel besser zu behandeln sind, als wenn sie eigene Abteilungen haben. Prostituierte, die erst beginnen, wären überhaupt am besten in Isolierzimmern aufgehoben, damit sie nicht gleich von den älteren Prostituierten verdorben werden und eventuell noch zu einem besseren Lebenswandel zurückkehren können. Die These XVII ist nur zu billigen, jedoch ist darauf zu achten, dafs besonders gonorrhoische Kranke in diesen Rekonvalescentenhäusern untergebracht werden. Die schweren Folgen der Gonorrhoe für den Mann wie vornehmlich für die Frau lassen dieselbe vielleicht als ein gefährlicheres Leiden betrachten als die Syphilis. Die Widerstandsfähigkeit der Gonorrhoe beim Weibe gegen therapeutische Bestrebungen hatte sogar zu einer Behandlung mit Chlorzinkstoffen geführt, welche man fast als gesetzwidrige bezeichnen könne. (Die Behauptung, dafs die Gonorrhoe vielleicht gefährlicher ist, als die die Syphilis, ist ein Beweis dafür, wie man auch in der Wissenschaft aus einem Extrem gern in das entgegengesetzte fällt. Nachdem man stets die Bedeutung der Gonorrhoe höchst gering angeschlagen, sind jetzt gar viele geneigt, ihr alles mögliche in die Schuhe zu schieben und sie gar für unheilbar zu erklären. Mögen die Folgen der Gonorrhoe noch so sehr ins Gewicht fallen, die Syphilis wird stets ein unendlich viel böseres Leiden bleiben; das beweisen nicht nur die unberechenbaren schweren Folgen für den Inhaber, die grofse Kontagiosität, sondern vor allem die Heredität, die sich als schwerster Fluch an die Fersen der Syphilis heftet. Wer bedenkt, wieviel Neugeborene durch Syphilis zu Grunde gehen oder, was vielleicht noch schlimmer ist, zu kümmerlich ihr Leben fristenden, kränkelnden Individuen werden, der wird doch ihre Gefahren nicht mit der Gonorrhoe in Parallele stellen. D. Ref.)

Barlow-München hat die Behandlung der Gonorrhoe mit Chlorzinkstiften, wie sie Neuberger erwähnt hat, geübt und verwahrt sich dagegen, dabei etwas Gesetzwidriges gethan zu haben. Er habe das Recht gehabt, ein von französischen Autoren empfohlenes Verfahren zu prüfen, um es dann allerdings schliefslich als zu gefährlich zu verwerfen.

Köbner-Berlin weist darauf hin, dafs er die von Pick gewünschte Änderung, statt „geheilt entlassen" auf den Entlassungszetteln „symptomlos entlassen" zu schreiben, bereits 1884 in Kopenhagen befürwortet habe. Denn die Gefahr der Entlassenen bleibt noch wenigstens 2 Jahre bestehen. In Petersburg wurden deshalb alle kranken Dirnen 2 Jahre lang verhindert, ihr Gewerbe auszuüben; es wäre sehr erwünscht,

wenn jemand über die dazu getroffenen Maßnahmen Mitteilung machen könnte. — Sehr zweckmäßig zur Nachbehandlung der Entlassenen für mehrere Jahre sind Ambulatorien; besonders wären sie auch wegen des so unendlich chronischen Verlaufes der Gonorrhoe bei Frauen sehr wichtig. Die Männer können bei den prophylaktischen Maßnahmen eher unberücksichtigt bleiben, da sie ja im Verhältnis zu den Frauen nur sehr wenige inficieren und deshalb keine solche Gefahr für die Gesamtheit bilden. — K. glaubt, daß es durch Befragen der Kranken sehr oft möglich ist, festzustellen, ob sie durch öffentliche oder geheime Prostituierte inficiert sind. Die letzteren hält er für die Hauptquelle der Infektion; dieselben bieten auch viel schwerere Krankheitsformen, weil sie nicht zeitig genug in Behandlung kommen. Sehr erwünscht wäre es, wenn die Inficierten die Quelle der Infektion bei der Polizei zur Anzeige brächten.

Lang-Wien beschränkt sich in seinem Schlußwort auf wenige Bemerkungen. These VI will er so verstanden wissen, daß in den Krankenhäusern natürlich für Syphilitische eigene Abteilungen errichtet werden können, aber Krankenhäuser ausschließlich für Luetische nicht zu empfehlen sind. Die These VII erstreckt sich keineswegs auf die Disziplin innerhalb der Krankenanstalten, deren Handhabung ja oft eine strenge wird sein müssen. Bei These X (Ammenverhältnis) bleibt Lang gegenüber Pick dabei, daß es Verhältnisse giebt, wo die Amme ein hereditär-luetisches Kind nähren wird, auch wenn man sie auf die Gefahren hinweist; daß wir es der Amme auf alle Fälle verbieten müssen, dem kann L. durchaus nicht zustimmen. Zu These XIII ist zu bemerken, daß natürlich die Puellae, wo es angeht, ebenso gerichtlich zu belangen sind. Was Pick zu These XVII gegen die Rekonvalescentenhäuser eingewendet, komme eigentlich nur auf eine Namensdifferenz heraus, die der prinzipiellen Frage keinen Abbruch thut.

Kopp-München hebt in seinem Schlußwort nur zweierlei hervor. Erstens konstatiert er, daß die Bordellfrage in der Diskussion nicht berührt worden ist, und tritt nachdrücklich für die Kasernierung ein, welche auch den Vorteil hat, die Sittenpolizei sehr zu vereinfachen. Zweitens hebt er hervor, daß auf den Universitäten viel zu wenig Syphilis gelehrt wird, da es sogar mehrere giebt, auf denen überhaupt kein Unterricht für diese wichtige Disziplin existiert.

(Damit schloß die Debatte über die viel erörterte Prostitutionsfrage, wobei in den Hauptpunkten, in Bezug auf die Bordellfrage und die Wertschätzung der Gefahren der geheimen Prostitution, eine große Einmütigkeit herrschte. Die Ansichten bewegten sich in derselben Richtung, die ich in meinem, diese Frage betreffenden Artikel dieses Blattes[1] besonders im Gegensatze zu Blaschko eingeschlagen habe. Es war sehr zu bedauern, daß Blaschko selbst nicht anwesend war, um seine gegenteilige Überzeugung zum Ausdruck zu bringen. — In manch anderen Beziehungen ließ allerdings die sehr anregende Debatte noch an Vollkommenheit zu wünschen übrig, da einzelne Punkte ganz unberührt blieben; jedoch ist das ja leicht erklärlich. Damit dürfte die Prostitutionsfrage wohl einige Zeit von den Tagesordnungen dermatologischer Sitzungen verschwinden. D. Ref.)

In ihren eigenen Sitzungsraum zurückgekehrt, nimmt die dermatologische Sektion noch folgende Vorträge an demselben Vormittag entgegen:

[1] Band XV, Seite 553.

KOLLMANN: **Die neueste instrumentelle Technik in der Gonorrhoebehandlung des Mannes (mit Demonstrationen).**

Zunächst wendet sich K. gegen die Behauptung von NEISSER, dafs die Endoskopie für die Diagnose der Gonorrhoe nicht den geringsten Wert hat, und legt kurz die Bedeutung der endoskopischen Erscheinungen für die Gonorrhoediagnose dar. Alsdann zeigt er die von ihm konstruierten und angewendeten zahlreichen Instrumente, die er zur Endoskopie und zu therapeutischen Eingriffen in die Harnröhre des Mannes anwendet. K. arbeitet nur nach OBERLÄNDERschem Prinzip mit interner Beleuchtung der Harnröhre, welche viel intensiveres Licht geben soll, als die Reflexlampen, so dafs er Photogramme der Urethra bequem mit demselben aufnehmen konnte. Die vorgezeigten Photogramme sind bereits viel besser, als die auf dem X. internationalen Ärztekongrefs ausgestellten, sie geben manche Details, wie die radiäre Streifung und die Drüsenmündungen, ganz gut wieder. Von Instrumenten sind hervorzuheben: ein stationärer elektrischer Universal-Apparat für Urologen im Eichenholzschrank. Derselbe enthält Induktionsapparat, Apparat für konstanten Strom und Elektrolyse, Einrichtung für Elektro-Urethroskopie und Cystoskopie mit Accumulatorbetrieb, die nötige Wasserkühlvorrichtung, Apparat für Galvanokaustik mit zwei Accumulatorzellen. Natürlich fehlen nicht Rheostate, Stromwähler, Stromwender und Galvanometer. Die Schaltungsvorrichtungen sind so bequem, dafs man nach Belieben schnell alles einschalten und auch gleichzeitig Beleuchtung und Kaustik oder Beleuchtung und Elektrolyse zur Anwendung bringen kann.

Endoskopischer Tubus ohne vorderen Trichter, an dessen Wand der eingeführte Lichtträger leicht befestigt werden kann, so dafs man eine Hand ganz frei behält.

Endoskopische Sonden in zwei Formen, die eine ist vorn konisch, die andere knopfförmig; das hintere Ende ist rechtwinklig abgebogen. Zur Sondierung von Morgagnischen Taschen und Littreschen Drüsen sind dieselben verwendbar, und hat die Sondierung auch einen therapeutischen Wert.

Der Sekretfänger, ein längsgeschlitztes Metallröhrchen an langem Stiel, in das man eine kapillär ausgezogene Glasspindel einsetzt. Für zäheres Sekret nimmt man weitere Röhrchen, auf die ein Pipettengummihütchen aufgesetzt ist.

Die Injektionskanüle, besonders zur Bespülung der Morgagnischen Taschen und Littreschen Drüsen.

Das endoskopische Messer, nur geeignet zum Schneiden von vorn nach hinten, zum Spalten von Drüsen benutzt.

Die intraurethrale drehbare Zange, nach DITTEL, nur verjüngt.

Instrumente zur Elektrolyse: eine lange Sonde mit spitzem oder stumpfem Ende etc.

Dilatatoren, Spritzen etc.

Alle Apparate sind von Heynemann in Leipzig hergestellt.

Von den Ausführungen des Vortragenden sei noch hervorgehoben, dafs K. die Karunkel an der Urethra des Weibes auf Gonorrhoe zurückführt; er findet aber darin bei GALEWSKI-Dresden Widerspruch.

GOERL: **Die elektrolytische Behandlung von Urethralstrikturen.**

Bis vor zehn Jahren dienten zur Beseitigung der Strikturen nur langsame Dilatation und Urethrotomia externa, nachdem die schnelle Dilatation und Urethrotomia interna als aufgegeben angesehen werden konnten. Entbehrlich ist die langsame Dilatation erst geworden durch die Elektrolyse. G. benutzt zu derselben 6 bis 8 Leclanché-Elemente und eine Stromstärke von 15 bis 18 M. A. Das beste Galvanometer ist die Sensibilität des Patienten; starke Schmerzen sind ein Zeichen, dafs der Strom zu stark gewählt ist. Im allgemeinen sind schwächere Ströme von längerer Dauer

vorzuziehen; zu starke Ströme bewirken schlechte Narben und baldige Recidive. Als Urethralelektrode benutzt G. eine isolierte Sonde mit vorn seitlich aufsitzender Metallkugel. Leitbougies sind nur bei engen Strikturen nötig. Als Quelle dient eine Reinigersche Batterie; auch das verwendete Endoskop mit reflektierender Lichtquelle stammt von diesem Fabrikanten. Eine besondere Antisepsis ist bei den elektrolytischen Operationen in der Harnröhre nicht nötig. Fieber hat G. unter 18 Fällen nur einmal nach denselben gesehen. Vom vierten bis fünften Tage ab wird bougiert. Am widerstandsfähigsten sind die Strikturen nach Verletzungen.

In der Diskussion betont Lang, dafs er der erste gewesen, der die Elektrolyse in Deutschland bezw. Österreich zur Behandlung von Urethralstrikturen eingeführt hat. Er benutzt schwache Ströme. Die von ihm benutzte olivenförmige Elektrode würde er der knopfförmigen vorziehen, da erstere noch eine mechanische Wirkung ausüben kann.

Kopp: **Prognose der chronischen Gonorrhoe und die Kriterien ihrer Heilung.**

Die Arbeiten von Neisser über die Bedeutung der von ihm gefundenen Gonokokken haben zwar unsere Diagnose, Prognose und Behandlung sehr gefördert, jedoch geben genaue Beobachtungen Bedenken, die der Vortragende hier zum Ausdruck bringen will. K. gehörte selbst zu den überzeugten Anhängern der Ansicht, dafs in Fällen, in welchen wiederholte Untersuchungen keine Gonokokken im Urethralsekret ergeben, man keine weiteren Befürchtungen betreffs der Übertragbarkeit hegen und ruhig die Ehe gestatten dürfe. Sieben Fälle, die er selbst erlebt hat, haben ihn aber in seiner Überzeugung erschüttert und zu noch gröfserer Vorsicht betreffs der Bedeutung des negativen Gonokokkenbefundes ermahnt. Der Vortragende giebt in extenso die sieben, sehr interessanten Krankengeschichten wieder, die alle einander ähnlich sind. Stets handelt es sich um Männer, die wegen Gonorrhoe von ihm behandelt sind; diese wurden von K. als geheilt angesehen, da eine 16 bis 25 mal wiederholte Untersuchung des spärlichen Urethralschleims keine Gonokokken ergab. In allen Fällen gestattete er daraufhin die Ehe, und stets inficierten diese Männer ihre jungen Frauen gonorrhoisch, so dafs bei diesen in den pathologischen Sekreten Gonokokken nachgewiesen werden konnten. In all diesen von K. genau beobachteten Fällen glaubt er die Garantie dafür übernehmen zu können, dafs eine Reinfektion der Männer als ausgeschlossen angesehen werden kann. Es hatte also die Gonorrhoe, trotzdem lange Zeit Gonokokken nicht nachweisbar waren, nur geschlummert, um bei irgend einer Gelegenheit wieder aufzuflackern. Es ist demnach der prognostische Wert der Gonokokkenuntersuchung nur ein bedingter. Ratsam ist vor Gestattung der Ehe die künstliche Erregung eines entzündlichen Reizes in der Harnröhre, da eine Prüfung dann vielleicht sichere Resultate ergiebt. Die Schlüsse des Vortragenden sind folgende: 1. Eine absolut günstige Prognose der Gonorrhoea chronica ist in keinem Falle zu stellen. Eine Zahl wird dauernd geheilt, aber, wenn selbst alle Erscheinungen geschwunden sind, ist die Heilung nicht sicher. Fortgesetzte Untersuchungen sind nötig, und diese sind auch nur von einem relativen Wert. Die Untersuchung nach künstlicher Reizung ist wertvoller. 2. Bei der Frage, ob die Ehe erlaubt ist, mufs man vorsichtig sein; eine absolut sichere Äufserung ist abzulehnen. Vielleicht wird das Endoskop mit der Zeit besseren Aufschlufs geben.

Köbner-Berlin begrüfst die Ausführungen von Kopp als eine Zustimmung zu den in Berlin herrschenden Ansichten. Er geht dann ziemlich ausführlich auf die Arbeiten von Bröse und Borchard ein, welche bekanntlich bei vielen Frauen gonokokkenfreier Männer gonorrhoische Affektionen gefunden haben und zu dem extremen

Schlusse kommen, dafs den Gonokokkenuntersuchungen gar kein Wert beizumessen ist. Des weiteren bittet K., die Bezeichnung Gonorrhoe fallen zu lassen, da dieselbe aus der biblischen Zeit stammt und im grauen Alterthume Samenfluſs bedeutete. Da diese Vorstellung längst beseitigt ist, ist es zu empfehlen, die von RICORD schon gewählten Bezeichnungen „Blennorrhagie“ für akute, „Blennorrhoe“ für chronische Prozesse ausschliefslich anzuwenden. Dementsprechend würde man auch statt Gonococcus die Bezeichnung Blennococcus einführen müssen.

PICK-Prag stimmt der Ausführung über die Bezeichnung „Blennorrhoe“ zu, die in seiner Klinik die einzig verwendete sei. Dagegen müfste man die Benennung der ursächlichen Kokken dem Entdecker derselben, NEISSER, ganz allein überlassen. Was die Ausführungen KÖBNERS betrifft, so hat derselbe mehr aus KOPPS Mitteilungen herausgelesen, als dieser wollte. P. war auch früher Optimist und ist Pessimist in Bezug auf die Prognose der Gonorrhoe geworden; die Schlüsse KÖBNERS in Bezug auf die Verläfslichkeit der Untersuchung auf Gonokokken gehen aber zu weit, da er die Bedeutung derselben vollkommen leugnet. Da die Gonokokken nun einmal die pathogenen Urheber der Gonorrhoe sicher sind, darf man auch auf die Untersuchung derselben nicht verzichten. Der positive Befund ist mafsgebend, nicht aber der negative.

KOPP-München stimmt mit PICK vollkommen überein, er hat nur früher den absoluten Wert der Gonokokkenuntersuchungen etwas zu hoch taxiert und wollte das durch seine Krankengeschichten offen darlegen; er denkt aber nicht daran, den Gonokokken etwa ganz den Wert abzusprechen.

KÖBNER-Berlin betont, dafs er den BRÖSEschen Standpunkt nicht acceptiert, sondern nur citiert habe. Wenn man glaube, dafs er die Gonokokkenuntersuchung ganz verwerfe, so sei er mifsverstanden worden.

Die lebhaft begehrte weitere Diskussion über die KÖBNERschen Äufserungen wird wegen vorgeschrittener Zeit vertagt, hat aber schliefslich doch nicht stattgefunden.

3. Sitzung vom 16. September 1893, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Professor LANG-Wien.

Die Sitzung findet gemeinsam mit der Sektion für Laryngo- und Rhinologie statt.

Auf der Tagesordnung steht: **Die Syphilis der oberen Luftwege.**

SEIFERT-Würzburg (Referent) erörtert die klinische und anatomische Seite der syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege mit Ausschlufs der Trachealanomalien. Die oberen Luftwege werden häufig von der Syphilis ergriffen, weil, wie BRESGEN meint, sie sich oft in einem Zustande von Katarrh befinden und dieser zu syphilitischen Affektionen prädisponiert. Das kommt aber für den Primäraffekt nicht in Betracht. 27 Fälle von Initialsklerose in der Nase hat S. aus der Litteratur zusammenstellen können, selbst aber keinen gesehen. Meistens sind die Nasenflügel ergriffen, die Übertragung kann durch die Finger, wenn dieselben mit luetischen Sekreten vorher beschmutzt sind, durch den Speichel, Kufs erfolgen; zweimal war die Tabaksdose die Vermittlerin. Solche Schanker sehen anfangs wie einfache Geschwüre aus, zuweilen haben sie den Charakter des Ulcus elevatum. Bei Kindern tritt niemals Induration auf, sondern nur Papeln. Die nächstliegenden Drüsen in der Regio submaxillaris sind natürlich geschwollen. Häufiger sind die Frühformen in der Nase, als Katarrh oder als Erythem, welche beiden Formen oft schwer zu scheiden sind. Die Merkmale der Coryza luetica sind, dafs dieselbe nicht so schnell einsetzt, Flecke und seltener papulöse Exantheme in der Nase zu sehen sind. Kondylome sah

S. unter 186 Fällen an der äufseren Nase nur 6 mal, Bresgen fand sie an den Nasenwänden und dem Septum, Michelson berichtete über zerfallene Papeln im Vestibulum. S. sah im Innern der Nase niemals Papeln. Tiefgehende Zerstörungen können durch Hinzutreten von chemischen Reizen (bei manchen Gewerben) aus Papeln hervorgehen und zur Perforation der knorpligen Teile führen. Am häufigsten und am besten bekannt an der Nase sind die Spätformen. Michelson sah sie schon 1 — 3 Jahre post infektionem. Zerfallene Gummata sind häufig an den Nasenflügeln und anderen Teilen des Vestibulum. Die Abgrenzung gegen Epitheliome wie gegen Lupus ist um so schwerer, als auch Mischformen vorkommen. Kaposi hat einen Fall berichtet, in dem Lepra und Syphilis zusammen zu einer Zerstörung des Septum mobile geführt hatten. Die Zerstörungen können sich auch von der Nase auf die Lippen fortsetzen und sehr grofse Defekte bewirken. Meistens kommen Kranke mit gummösen Erkrankungen der Nase erst in vorgeschrittenem Stadium zur Beobachtung. Das als pathognomonisch angesehene sattelförmige Einsinken der Nase ist nicht immer ein Zeichen von Syphilis, da auch einfache Ozaena in den ersten Lebensjahren dieselbe Anomalie bewirken kann. Für die Diagnose luetischer Erkrankungen der Nase sind sonstige luetische Erscheinungen an der Körperoberfläche von grofser Wichtigkeit. Zum Unterschied an der oft schwer abgrenzbaren Tuberkulose der Nase berücksichtige man, dafs bei Syphilis die Entzündung unter der Schleimhaut fortschreitet und bald den Knochen zur Nekrose bringt. Mikroskopische Untersuchung ist natürlich von Wichtigkeit. Allgemeinerscheinungen oder andere örtliche Erkrankungen tuberkulöser Natur sind auch von Bedeutung. Moldenhauer hebt hervor, dafs Schwellungen an den oberen Teilen der Nasenhöhle sehr verdächtig auf Lues sind.

Im Nasenrachenraum haben besonders die durch den Tubenkatheter bewirkten Übertragungen grofses Aufsehen erregt; von Burow sind sechs solche Fälle beobachtet. Der Sitz der Primäraffekte war der Arcus pharyngo-palatinus. Erythema lueticum kommt im Nasenrachenraum vor, S. hat aber trotz regelmäfsiger Untersuchung der Syphilitiker dasselbe niemals gesehen, dagegen hat er ulcerierte Papeln gefunden. Luetische Spätformen sind vielfach veröffentlicht; dieselben scheinen am häufigsten 8 — 15 Jahre nach der Infektion vorzukommen. Weicher Gaumen und Plica salpingopharyngea sind am häufigsten der Sitz. Meistens bestehen schon Geschwüre, wenn der Fall zur Beobachtung kommt. Schwer auszuschliefsen ist immer die Tuberkulose, die hier viel seltener ist; jedoch sind die tuberkulösen Geschwüre atonischer, gehen gewöhnlich nicht so tief. Im Rachenraum hat Petersen 1888 eine Zusammenstellung der Primäraffekte gemacht und 46 Fälle gefunden: seitdem sind noch eine Reihe neuer Fälle hinzugekommen. Die rechte Mandel war 52, die linke 23, beide 12 mal der Sitz der Primäraffekte. Der Tonsillenschanker ist deshalb so häufig, weil — so nimmt man an — das Virus in den Lakunen sich leicht festsetzen kann. Charakteristisch ist dabei die Anschwellung der entsprechenden Submaxillardrüsen bis zu Tauben- oder Hühnereigröfse. Narben bleiben oft zurück. Die Diagnose ist für den Arzt oft schwer. Allgemein bekannt sind ja die sekundären Formen. Sehr häufig sind die Angina luetica und die Papeln. Schwierigkeiten macht die Diagnose bei stärkerem Zerfall der Papeln. Gummata sind sehr häufig am Palatinum molle, an den Tonsillen sind sie selten und schwer erkennbar.

Der Larynx ist häufig der Sitz luetischer Affektionen, aber doch nicht so häufig, wie man anzunehmen pflegt. Nächst der Tuberkulose ist Syphilis aber doch die häufigste Ursache von Larynxerkrankungen; sie tritt besonders im 20. — 40. Lebensjahre auf. Ob Männer oder Frauen häufiger ergriffen werden, ist fraglich. Katarrhe werden oft beobachtet; Papeln machen relativ wenig Beschwerden, Gummata machen je nach Gröfse und Sitz verschiedene Störungen; sie können förmliche

Tumoren bilden. Tritt entzündliches Ödem in der Umgebung hinzu, dann können sie lebensgefährlich werden. Lungensyphilis ist meistens an das Vorhandensein von Larynxsyphilis gebunden. Die Abgrenzung von Tuberkulose und Carcinom macht oft die gröfsten Schwierigkeiten und ist dann nur bei genauester Untersuchung möglich.

Perichondritis des Larynx kann primär oder auch sekundär nach Ulcerationen auftreten; betrifft dieselbe Aryknorpel, dann kann Ankylose entstehen. Hervorzuheben ist noch, dafs Membranbildung infolge von Syphilis im Larynx vorkommt.

Jurasz-Heidelberg (Korreferent) hat die luetischen Erkrankungen der Trachea und die Therapie zu besprechen übernommen. Syphilis der Trachea war früher nur in 43 Fällen bekannt; Trachea ist im ganzen selten ergriffen. Leichtere Affektionen können öfter vorkommen, als man annimmt, sie entgehen aber der Beobachtung. Papeln sind nur 6 mal beobachtet. Diffuse Infiltration der Schleimhaut, mit Knötchen- und Leistenbildung einhergehend, führt zur diffusen Stenose der Trachea, so dafs diese auf $^1/_3$ ihres Lumens eingeengt werden kann, wie Sokolowski beobachtet hat. Der Prozefs kann sich von der Trachea auch auf die Bronchien fortsetzen, jedoch bleiben die kleinen Bronchioli dritten und vierten Grades stets intakt. Geschwürsbildung in der Trachea mit folgender Perforation in das Mediastinum, den Oesophagus, die grofsen Blutgefäfse (Aorta, Vena cava, Pulmonalis) kommen vor. Andere Folgen sind Narben-, Leisten- und Membranbildung, so dafs die Trachea, wie es Gerhardt treffend bezeichnet, ein strickleiterartiges Aussehen bekommt. Stenosen können sich natürlich an all diese Zustände anschliefsen. Die Erkrankung der Trachea kann von oben nach unten fortschreiten im Anschlufs an luetische Affektionen des Larynx. Männer sind häufiger ergriffen. Das jugendliche Alter, selbst das Kindesalter ist nicht verschont. Noch 20 Jahre post infectionem können luetische Erkrankungen der Trachea auftreten. Die Diagnose ist natürlich schwer, die Tracheoskopie von grofser Wichtigkeit. Von Bedeutung ist es, die drei von Gerhardt aufgestellten Stadien zu unterscheiden: das Stadium der Irritation, das Stadium der Stenose und das Stadium der Suffokation. Die Stimme ist bei bestehender Stenose meistens abgeschwächt, die Kopfhaltung charakteristisch, indem der Kopf in die Höhe gerichtet gehalten wird.

Bei der Therapie der luetischen Affektionen der oberen Luftwege ist vor allem festzuhalten, dafs die Allgemeinbehandlung im Vordergrunde steht und oft jede lokale Behandlung entbehrlich macht. Nach Mackenzie soll die lokale Anwendung von Cuprum sulfuricum (1 : 30) allein genügend sein. Eine erheblichere Rolle spielt die lokale Behandlung nur bei Verwachsungen, Stenosen, Infiltraten als Reste früherer Affektionen. Rhinoplastik, die Anwendung von Drainröhren in der Nase, die operative Beseitigung von Stenosen des Rachens, die Dilatation von Stenosen des Larynx mittelst Kanülen können nötig werden. Welche Präparate man bei der Allgemeinbehandlung anwenden soll, in welcher Form die in erster Reihe stehenden Antisyphilitica, Quecksilber und Jod, am besten wirken, darüber zu sprechen, hiefse, Altertümer nach Nürnberg bringen.

Köbner-Berlin zeigt im Anschlufs hieran Präparate von einem Falle von Trachealsyphilis. Derselbe betraf eine Frau, die Geschwüre an der Bauchhaut, Heiserkeit, blutigen Auswurf zeigte. Auf der hinteren Trachealwand oberhalb der Bifurkation safs ein erhabenes, dunkelrotes, an der Oberfläche zerfallenes Geschwür. Im Präparat sieht man eine oberflächliche Nekrose des Epithels und eine mäfsige, bis an die Knorpel reichende Zellinfiltration.

Schech-München hat fünf sichere Fälle von Trachealsyphilis gesehen, von denen drei letal verliefen. Diese kamen alle in sehr vorgeschrittenen Zuständen zur Beob-

achtung. In den zwei übrigen Fällen, wo die Gummata noch nicht zerfallen waren, wurde schnelle Heilung erzielt. Stets war die Bifurkation ergriffen. Zweimal war gleichzeitig Lungensyphilis vorhanden. Einmal war die Affektion erst 29 Jahre nach der Infektion aufgetreten, nachdem drei Jahre vorher Gummata am weichen Gaumen vorhanden gewesen waren. Der rechte Bronchus war in diesem Falle obliteriert, der linke bis auf die Hälfte verengt. Wichtig scheint es, festzuhalten, dafs die früh zur Behandlung kommenden Fälle einer Heilung leichter zugänglich erscheinen. Wo die Infiltrate noch nicht zerfallen sind, ist die Prognose günstig.

Fischenich-Wiesbaden hebt hervor, dafs die lokale Therapie oft doch sehr wichtig ist, die Heilung beschleunigt, die subjektiven Beschwerden schneller beseitigt. Besonders erfordert die Syphilis des Nasen-Rachenraums ein örtliches Eingreifen, ebenso polypöse Wucherungen des Septum und der unteren Muscheln.

Bahrt berichtet drei Fälle von Nasensyphilis, die er beobachtet hat.

Schuster-Aachen spricht etwas ausführlicher über die Therapie der Nasensyphilis. Die lokale Behandlung ist meistens unentbehrlich, die Allgemeinbehandlung erweist sich oft als unzulänglich, um die Affektionen der Nase zu heilen. In erster Reihe steht die gründliche Reinigung der Nase, die oft eine „Herkulesarbeit" darstellt. Irrigationen und Pulvereinblasungen genügen durchaus nicht. S. benutzt dazu doppelknöpfige Sonden, die er demonstriert. Dieselben werden mit Watte armiert und so oft in die Nase eingeführt, als es zur Entfernung des Sekrets nötig erscheint. 20 und mehr solche Wattetampons sind dazu erforderlich.

Jurasz-Heidelberg (Schlufswort) meint, dafs man meistens, wenn auch nicht immer, die lokale Behandlung wird entbehren können. In jedem Falle ist die Allgemeinbehandlung das wichtigste.

Köbner-Berlin: **Unterstützung von Ätzwirkungen auf Schleimhäute durch Veränderung physiologischer Sekretionen.**

Ein neues therapeutisches Prinzip, das sich vielfach als fruchtbar erweisen kann, will K. der Versammlung unterbreiten. Man kann die Wirkung von Causticis günstig innerlich beeinflussen 1. durch quantitative Verringerung der zugehörigen physiologischen Sekretionen, durch Lähmung der Sekretionsnerven. Bei Leukoplakie hat K. nach Ätzungen Geschwüre gesehen, die absolut nicht heilen wollten, trotzdem die verschiedensten Mittel angewendet wurden. Die Ursache dafür war darin zu suchen, dafs die Schorfe durch die reflektorisch eintretende übermäfsige Speichelsekretion weggeschwemmt wurden. K. kam nun diesem Übelstande zuvor, indem er $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden vor der Ätzung von Extr. Belladonnae (2 : 100) 20 Tropfen einnehmen liefs. Sobald die Speichelsekretion wieder lebhafter zu werden beginnt, mufs die Dosis wiederholt werden. Bei Leuten, die viel sprechen müssen, sind gröfsere Dosen anzuwenden. Am geeignetesten ist es oft, die Abendzeit für die Ätzung zu wählen und vorher und nachher die Tropfen nehmen zu lassen. Kokain kann nach Bedarf aufserdem angewendet werden. Selten nur ist es nötig, noch am anderen Tage Tropfen zu geben. Zu beherzigen ist, dafs man, um Intoxikationen zu vermeiden, verordnet „in vitro guttario", und die Patienten anweist, sobald sich Trockenheit im Halse, Erweiterung der Pupillen mit undeutlichem Sehen einstellt, die Tropfen beiseite zu stellen. 2. Durch qualitative Veränderung der physiologischen Sekrete. Will man die Pars prostatica nach Guyon ätzen, dann thut man gut, den Harn vorher zu alkalisieren, da der saure Harn die geätzten Stellen reizt. Das erreicht man durch Darreichung von Natr. bicarbonicum in einer der Acidität des Urins parallelgehenden Menge. Vor allem hat das einen günstigen Einfluſs auf den Tenesmus vesicae. K. hält diese eben dargelegten Gedanken des weiteren Ausbaues für fähig.

4. Sitzung vom 13. September, nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Prof. LANG-Wien (an Stelle des verhinderten Prof. HASLUND-Kopenhagen).

NEUBERGER-Nürnberg: Krankenvorstellung.

1. **Ein Fall maligner Lues.** Der 28jährige Patient hat sich im Januar inficiert; der Primäraffekt hatte einen schankrösen Charakter. Er wurde zuerst mit Injektionen von Hydrarg. salicyl. behandelt; trotzdem entstanden Papeln, Krusten, Geschwüre, die bei Erneuerung der Injektionen fortschritten. Nach Aufnahme in die Klinik von N. wurden Europheninjektionen und Europhensalbe äufserlich angewendet; unter Europhenpulver ging der Prozefs weiter. In der letzten Zeit entstanden gummöse Prozesse an der linken Fufssohle. ZITTMANNsche Dekokte mufsten wegen eintretender Durchfälle ausgesetzt werden. Tinct. jodi intern nützte nichts. Der sehr elend aussehende, schwächliche Patient zeigt neben zahlreichen Narben am Körper als besonders bemerkenswert in der linken Planta zwei kreisrunde, rote, granulierende, markstück-, resp. thalergrofse Geschwüre.

2. Einen 47 Jahre alten Patienten mit **Dermatitis herpetiformis.** Vor fünf Jahren erkrankte Patient plötzlich mit Bläschenausschlag und starkem Jucken. Die Schübe wiederholten sich in verschiedenen Intervallen. Immer war die Konfiguration der Bläschen, welche von einem roten Hof umgeben waren, die gleiche. Jetzt ist das Bild gerade kein sehr charakteristisches. Bemerkenswert sind Schuppenbildungen an Ellenbogen und Knie, die an Psoriasis erinnern. Französische Autoren haben bereits ähnliches geschildert. Durch Behandlung mit Arsenik, Salicylpaste und späterer Anwendung von Teer hat N. guten therapeutischen Erfolg bei dem Patienten erzielt. Schwefel, der von anderer Seite sehr empfohlen wird, hat er nicht angewendet.

KOLLMANN-Leipzig bemerkt zu dem Fall von maligner Lues, dafs man gut thut, dabei von spezifischen Kuren abzusehen und vor allem auf eine möglichst kräftige Ernährung mit Milch, Eiern etc. Wert zu legen. Eine Hebung des gesamten Körperzustandes ist in erster Reihe notwendig.

EPSTEIN-Nürnberg: Für maligne Lues kommen Malignität des Virus einerseits, konstitutionelle Disposition andererseits in Betracht; letztere kann auch durch andere schwere Erkrankungen geschaffen werden. Für diejenigen Fälle, in denen beide Momente nicht als vorhanden angenommen werden können, hat KOPP darauf hingewiesen, dafs diese Fälle maligner Lues sehr an die Lues früherer Zeiten erinnern, wie auch an die Malignität der Lues, wenn sie in Gegenden auftritt, die bisher syphilisfrei gewesen sind. Um dieses zu erklären, könne man hypothetisch annehmen, dafs es sich um Abkömmlinge einer Generation handelt, die noch nicht durchseucht ist. Zu dieser Hypothese stimmt der milde Verlauf der Syphilis in Spanien und Portugal, sowie die Beobachtung, dafs die schweren Fälle von Lues besonders oft Juden betreffen, die relativ wenig von Syphilis heimgesucht und auch, wie jüngst gezeigt ist, seltener von Tabes dorsalis ergriffen sind.

NEUBERGER-Nürnberg bittet gerade hinsichtlich der Therapie bei dem Fall von maligner Lues um Meinungsäufserungen.

BEHREND-Berlin: Zu einer rationellen Therapie ist die Erforschung der Ursache in erster Reihe nötig. Die Ansichten von KOPP befriedigen ihn nicht. Seine Fälle betrafen stets kachektische Personen. Die Gangränescenz des Primäraffekts spricht schon für einen stürmischen Verlauf. Merkurialien sind in solchen Fällen nicht angebracht. Manche Fälle maligner Syphilis sind auf ungenügende Behandlung zurückzuführen; zu diesen zählen die Fälle von LESSER. Ein drittes Moment ist durch hohes Alter des Patienten gegeben.

SAALFELD-Berlin empfiehlt, Tinkt. jodi in Salzwasser einzugeben; das in statu nascendi einwirkende Jodnatrium soll einen besonders heilsamen Einfluſs anstreben.

Aufserdem ist es zu empfehlen, in solchen Fällen an eine Anregung der Diurese zu denken, um vorhandene Ptomaine zur Ausscheidung zu bringen.

Lang-Wien betont, dafs neben der Syphilis in solchen Fällen vor allem der Kranke zu berücksichtigen ist, und eine spezifische Kur erst nach Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes kommt. Gutes hat er von einem Decoct. Sassaparillae inspissatum gesehen, zu dem 300,0 Radix auf 150,0 Kolatur genommen werden. Die Hauptsache bleibt aber die allgemeine Hygiene.

Behrend-Berlin bemerkt zu dem zweiten vorgestellten Fall, dafs der Name Dermatitis herpetiformis (Duhring) entspricht der alten Bezeichnung Hydroa (Bazin). Beide Ausdrücke aber decken nicht das Krankheitsbild. B. hat deshalb früher den Namen „Phlyctaenosis aggregata“ vorgeschlagen.

Letzel-München hat in zwei Fällen von Dermatitis herpetiformis gute Erfolge von Sublimatbädern (20,0 pro balneo) gesehen.

Neuberger-Nürnberg lehnt es bei seinen günstigen Erfolgen in therapeutischer Beziehung bei der Dermatitis herpetiformis ab, Ratschläge anzunehmen. Besonders legt er auf die seines Wissens bei diesem Leiden vorher nicht geübte Teeranwendung Wert.

Lang-Wien: Teer ist schon in Wien in solchen Fällen oft verwendet worden.

Neuberger-Nürnberg stellt dann noch einen **Fall von Trophoneurose** vor. Das von jeder Hysterie freie Mädchen zog sich vor 15 Wochen eine Verletzung am rechten Unterarme zu, die aber gut heilte, nur eine Narbe zurückliefs. Seitdem treten am Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand Blasen auf, welche gangränös werden. Im Gebiete des Medianus besteht dabei Anästhesie und Analgesie. Der Fall erinnert an diejenigen von Herpes zoster gangraenosus und von Pemphigus neuroticus.

Galewski-Dresden: **Lichen ruber und Pityriasis pilaris.**

Der vorgeschrittenen Zeit wegen demonstriert der Vortragende nur die mikroskopischen Präparate von Lichen ruber und Pityriasis rubra pilaris (Devergie), die zwe, Fällen von Pityriasis rubra pilaris und einem von Lichen ruber (miliaris, obtusus annularis, corneus) entnommen sind. Aus diesen Präparaten geht hervor, dafs beim Lichen ruber die kleinzellige Infiltration der Cutis das Wesen der Krankheit ausmacht, während die Pityriasis rubra pilaris eine Hyperkeratosis darstellt. Der Kaposische Lichen ruber acuminatus entspricht der Pityriasis rubra pilaris. Eine Identificierung der letzteren mit dem Hebraschen Lichen ruber acuminatus ist nicht berechtigt. Die ausführlichere Erörterung dieser durch den konsequenten Widerspruch von Kaposi interessanten Frage mufste der Vortragende leider unterlassen.

An diese Sitzung schlofs sich ein in Gemeinschaft mit der Section für Hygiene unternommener Ausflug nach Fürth, wo die in dem Wollnerschen Vortrag erwähnten Fabriken einer Besichtigung unterzogen wurden. Dieselbe bot allen Teilnehmern manches Interessante. Dafs es die Fabrikanten in Fürth sich angelegen sein liefsen, die Besucher gastlich zu bewirten, sei dankbar hervorgehoben.

5. Sitzung vom 14. September 1893, 9 Uhr.

Vorsitzender: Behrend-Berlin.

Saalfeld-Berlin: **Bakteriologische Untersuchungen über Losophan.** Wenngleich die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind, will S. doch schon jetzt die bisherigen Ergebnisse berichten. Die Versuche wurden so angestellt, dafs in inficierte Bouillon sterilisierte Seidenfäden getaucht wurden, die dann in Losophanlösung gebracht wurden. Es wurde benutzt:

Losophan	1,0
Spiritus	75,0
Aq. destillata	25,0.

Zur Kontrolle wurden auch Versuche mit einfachem 75 %igen Alkohol gemacht. Zur Vorsicht spülte S. die der Losophanlösung entnommenen Fäden noch mit 75 %igem Alkohol ab. Die Ergebnisse sind folgende: Sporenlose Milzbrandbacillen wurden in in 1 Minute abgetötet, Cholerabacillen in 5 Sekunden; letztere gehen aber auch in einfachem 75 %igen Alkohol zu Grunde. Trichophyton und Achorion werden in 30 Sekunden abgetötet. Als Desinficiens und vor allem auch als juckstillendes Mittel hat sich das Losophan dem Vortragenden sehr bewährt, so bei der Pityriasis versicolor, dem Herpes tonsurans, der Sycosis, der Prurigo u. ähnl., dagegen war das Losophan ganz unwirksam bei Psoriasis. Da das Losophan reizen kann, mufs man bei der Anwendung vorsichtig sein.

Behrend.Berlin: Bei Pityriasis versicolor wäre besonders ein neues, wirksames Mittel sehr willkommen. Alle Mittel, die wir bisher angewendet haben, waren solche, die die Epidermis zur Abstofsung bringen. Die Erfolge sind meistens keine dauernden, was durch den Sitz des Pilzes erklärlich ist. Derselbe senkt sich auch in das Infundibulum der Follikel hinein und sitzt am Eingange des Haarbalges fest. Diese tief sitzenden Pilze werden nicht mit zur Abstofsung gebracht. Am besten wirken noch Chrysarobin und Jodtinktur. Ersteres ist gleichzeitig gewissermafsen ein Reagens auf Pityriasis, da die Flecke danach besonders stark hervortreten.

Jessner-Königsberg i. Pr. fragt, wie lange Zeit ungefähr die Behandlung des Herpes tonsurans mit Losophan bis zur Heilung dauert.

Saalfeld-Berlin kann darüber keine bestimmte Angaben machen, da die Fälle doch durchaus verschieden lägen.

Jessner-Königsberg i. Pr. hat diese Frage gestellt, weil es doch wichtig ist, bei einem neuen Mittel festzustellen, ob es auch den älteren überlegen ist; wir erzielen doch bei Herpes tonsurans der nur mit Lanugo versehenen Haut beispielsweise mit der alten Wilkinsonschen Salbe sehr gute Resultate. Es soll diese Frage auch weniger dem Losophan an sich gelten, sie soll vielmehr der Notwendigkeit Ausdruck geben, neueren Mitteln gegenüber die gröfste Skepsis an den Tag zu legen. In der heutigen Zeit, in der man in chemischen Laboratorien stets neue Verbindungen herstellt und dazu die nötigen Krankheiten sucht, in der so viele neue Medikamente, die kurz vorher als Specifica gepriesen sind — es sei nur an das Alumnol erinnert —, gar bald der verdienten Vergessenheit anheimfallen, mufs man die gröfste Skepsis gegenüber den neuen Mitteln, die die Medizin überfluten, üben. Das Treiben bei der Empfehlung derselben ist gar oft ein unwissenschaftliches. Natürlich erstrecken sich diese Ausführungen allgemeiner Natur nicht auf den vorliegenden einzelnen Fall.

Galewski-Dresden: **Naevus linearis verrucosus, entsprechend dem Verlauf der Grenzlinien von Voigt.** G. berichtet über einen von ihm beobachteten und in Photographie demonstrierten Fall von Naevus linearis, der sich von der Leistengegend längs der innern Seite des Femur bis zum Kniegelenk erstreckt. Die Beschaffenheit des Naevus läfst denselben auch als Ichthyosis hystrix cornea auffassen. Betreffs der Therapie denkt G. die ganzen betroffenen Teile mit dem Paquelin zu verschorfen und hofft, dadurch das bestehende, aufserordentlich heftige Jucken bei dem Kinde zu beseitigen, jedoch wäre er auch für andere therapeutische Vorschläge dankbar.

Saalfeld-Berlin: Es ist fraglich, ob der Verlauf derartiger Naevi der Spaltbarkeitsrichtung, den Voigtschen Grenzlinien oder dem Nerven entspricht. S. hat einen Fall beobachtet, in dem der Naevus durchaus den Nerven folgte, in anderen Fällen

konnte er direkt konstatieren, dafs der Naevus mit dem Verlaufe des Nerven nichts zu thun hatte.

Galewski-Dresden will sich nicht bestimmt darüber äufsern, ob der Naevus in diesem Falle den Nerven, den Grenzlinien oder der Spaltbarkeit folgt.

Behrend-Berlin weist darauf hin, dafs man bei solchen Leiden stets daran zu denken habe, dafs die Gefäfse meistens den Nerven parallel verlaufen und daher auch ein Zusammenhang mit den Gefäfsen nicht unmöglich ist.

Beckh-Nürnberg stellt einen Fall von **Aneurysma aortae syphiliticum** vor. Vor zwei Jahren konstatierte B. ein Aneurysma und glaubte damals schon, dafs der Exitus letalis nicht mehr fern sei. Da kam er aus Ereignissen in der Familie des Patienten, speziell bei den Kindern, darauf, dafs Lues mitspielen könnte. Der Patient gab nur einen Ausschlag zu. Auffallend ist ein am Hodensack vorhandenes Leuko-Melanoderma. Er gab nun Jodkalium, worauf die Geschwulst erheblich zurückgegangen ist; der Mann hat jetzt seine Arbeit wieder aufgenommen und befindet sich ziemlich wohl.

Kollmann-Leipzig hat vor zehn Jahren ein Aneurysma gesehen, das auf Jodkalium reagierte. Es ist nur fraglich, ob gerade die antiluetische Wirkung des Jodkalium dabei zur Geltung kommt, oder ob nicht vielmehr andere Einflüsse desselben mitspielen.

Epstein-Nürnberg: **Mikroskopische Demonstration (eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter).** Die Eiterkörperchen des gonorrhoischen Eiters sind in frischen Fällen nur neutrophile. Janovsky hat auch eosinophile gefunden, ihre Bedeutung aber nicht weiter erörtert. Neusser fand dieselben auch und bezog sie auf Reizung der Drüsen, speziell der Prostata. E. wurde auf die Untersuchung dieser Frage geführt durch einen Patienten, einen Schutzmann, der ihn wegen Gonorrhoe konsultierte. Es war zur Zeit kein Sekret vorhanden, dagegen bestand links vom Frenulum ein Knoten, aus dem sich auf Druck eiteriges Sekret entleerte, indem zahlreiche eosinophile Zellen vorhanden waren. Seitdem hat E. viele gonorrhoische Sekrete auf eosinophile Zellen untersucht. In frischen Fällen fand er fast nur neutrophile Zellen. In fünf Fällen waren aber eosinophile Zellen in gröfserer Zahl vorhanden, so dafs er im ganzen sechs Fälle hat. In diesen bestanden einmal Paraurethritis interna, zweimal Prostatitis acuta, zweimal Schmerzhaftigkeit und Druckgefühl am Anus; nur einmal war die Prostata scheinbar normal. Es scheinen demnach die eosinophilen Zellen eine diagnostische Bedeutung für Erkrankungen der Drüsen (insbesondere der Prostata) zu haben.

Seifert-Würzburg hat die gleichen Untersuchungen jahrelang ausgeführt und kam dabei zu dem Schlusse, dafs den eosinophien Zellen gar keine Bedeutung beizumessen ist. Er hat nicht nur die Sekrete, sondern auch das Blut untersucht und konstatierte, dafs, wo viele eosinophile Zellen im Blute vorhanden sind, sich auch viele im Sekrete finden, und umgekehrt. Man findet die eosinophilen Zellen auch bei der Gonorrhoe des Weibes, wo doch Drüsenaffektionen nicht mitsprechen; man findet sie auch bei ganz gesunden Menschen etc. Kurz, man kann sagen, dafs aus ihrem Vorhandensein absolut kein Schlufs zu ziehen ist.

Neuberger-Nürnberg bemerkt bei dieser Gelegenheit, dafs vielfach gesagt wird, dafs Mastzellen häufig im Sekrete vorkommen. Er ist aber zu dem entgegengetzten Resultate gekommen. Eine diagnostische Bedeutung kommt ihnen jedenfalls nicht zu.

Epstein-Nürnberg hat das Blut nicht untersucht und kann über den von Seifert hervorgehobenen Parallelismus nichts sagen. Dagegen ist der in fünf Fällen gefundene Parallelismus mit Prostata-Affectionen doch sehr auffallend und nicht als bedeutungslos einfach abzuweisen.

Seifert-Würzburg wendet sich noch gegen die Anschauung Neussers, der an-

nimmt, dafs die Haut eine Hauptbildungsstätte der eosinophilen Zellen ist. Diese Annahme scheint durchaus unrichtig zu sein.

Neuberger-Nürnberg berichtet über einen **Fall von Syringomyelie**, der, da er der Privatpraxis angehörte, allerdings nicht in der gewünschten Weise zur Untersuchung verwendet werden konnte. Patient hatte sich 1887 inficiert; 1892 fand N. Periostitis an der Tibia, Aufgetriebensein der Tubera frontalia, am ganzen Körper kleinere und gröfsere ulceröse Prozesse. Zunächst wurde Syphilis maligna diagnosticiert, obgleich die Geschwüre eigentlich mehr wie solche aussahen, die aus Blasen hervorgegangen sind. Es wurden nun 23 Europheninjektionen gemacht und Quecksilberpflaster lokal angewendet, worauf erhebliche Besserung eintrat. An der Zunge und im Halse bestanden damals manche Beschwerden, die sogar zu einem Erstickungsanfalle führten. Nach einiger Zeit entstand an einer Phalange des Fufses eine rote nässende Wunde, die aus einer geplatzten Blase hervorgegangen zu sein schien, jedoch hat N. das Stadium der Blasenbildung selbst nicht gesehen. Heilung trat unter Europhen und Quecksilberanwendung ein. Später tritt derselbe Prozess an einem Finger auf. Gröfste Belästigung brachte dem Patienten eine Affektion im Munde, die sich folgendermassen äufserte: Alle 3 bis 4 Wochen trat eine akute, unregelmäfsige Eruption kleiner Bläschen an der Zunge auf, die zu Geschwüren wurden. Alle örtlich angewendeten Mittel, wie Jodkalium innerlich, blieben erfolglos. Erst in späterer Zeit wird eine Prüfung der Sensibilität vorgenommen, die Analgesie ergiebt, während Temperatur- und Tastempfindung normal sind. Jetzt wird die Diagnose „Pemphigus auf syringomyelitischer Basis" gestellt. Sehr eigentümlich gestaltete sich das traurige Ende des Patienten. Eines Tages kam derselbe zu N. in die Sprechstunde hineingestürzt in einem Zustande höchstgradiger Suffokation. Alle Bemühungen des N., wie der schnell hinzugezogenen Chirurgen und Laryngologen blieben absolut erfolglos. Der Kranke starb unter den Zeichen der Erstickung im Sprechzimmer des Vortragenden. Die Sektion ergab als besonders hervorhebenswert eine Springomyelie, die besonders die rechten Hinterhörner betraf. Es handelt sich in diesem Falle um eine Combination von Lues und Syringomyelie. (Trotzdem die Sektion Syringomyelie ergab, bleibt es doch noch zweifelhaft, ob man die Affektion an den Zehen, Fingern und an der Zunge dieser zuschieben, sie als trophische Störungen auffassen darf. Auffallend ist doch die normale Temperaturempfindung, da letztere sonst mit der Schmerzempfindung bei dissoziierten Sensibilitätsstgörunen Hand in Hand zu gehen pflegt. Wie man die Suffokation auf anomale Innervation des Kehlkopfes zurückführen soll, ist auch nicht leicht verständlich.

Kurz, so klar liegt der Fall nicht, vielleicht wird die Wiedergabe des ausführlichen Sektionsprotokolls, die wohl zu erwarten steht, die Sachlage mehr aufklären. D. Ref.)

Behrend: **Über Dysidrosis.**

Das von Tilbury Fox als Dysidrosis geschilderte Leiden, bestehend in einer akut auftretenden Bläschenbildung an den Fingern bei nervösen Personen gleicht nach B. in seinem klinischen Bilde ganz dem Ekzem; darin befindet sich B. in Übereinstimmung mit Kaposi, während die Engländer das Leiden als ein ganz besonderes ansehen, Fox es mit einer übermäfsigen Schweifssekretion in Zusammenhang bringt und zur Bekämpfung der letzteren vor allem eine konstitutionelle Behandlung verlangt. B. will nun beweisen, dafs die Dysidrosis bedingt ist durch lokale Momente und identisch ist mit dem Ekzem. Bekanntlich sind die Schweifsausführungsgänge nur innerhalb des Corium scharf abgegrenzte, mit Wandungen versehene Kanäle, in der Epidermis sind sie nur Lücken ohne eigentliche Wandungen. Es ist nun leicht begreiflich, dafs diese Lücken (Schweifsporen) leicht auch ohne Hyperkeratose ver-

schlossen werden können; dazu genügt schon der Druck, den die Finger gegeneinander ausüben (? d. Ref.), was auch mit dem Umstande übereinstimmt, dafs die Affektion besonders die Stellen an den Fingern befällt, welche einem besonderen Drucke ausgesetzt sind. Wird nun durch den Druck die Schweifspore geschlossen, dann sammelt sich die Flüssigkeit in einem Hohlraume an, der unterhalb des Stratum lucidum sitzt, da an dieser Stelle die Gewebe am leichtesten zerreifsbar sind. Wir haben eine schweifshaltige Blase, deren Inhalt aber nicht immer sauer zu reagieren braucht, da ja natürlich auch alkalische Gewebsflüssigkeit durch Exsudation sich in der Blase dem Schweifse beimengt. Wir haben also die Blasenbildung, wie wir sie in gleicher Weise beim Ekzem sehen, und müssen beide Prozesse als identisch auffassen. Ein Vorgang sui generis ist in der Dysidrosis nicht zu finden.

Jessner-Königsberg: Wenn man von den Ausführungen des Vortragenden über die mikroskopischen Vorgänge bei der Dysidrosis ausgeht, dann kann man doch nur annehmen, dafs derselbe nur das klinische Bild der Dysidrosis mit demjenigen des Ekzems identificiert. Das Wesen, der pathologisch-anatomische Vorgang ist ja nach den eben gehörten Schilderungen durchaus nicht identisch mit Ekzem. Bei diesem ist ja die Entzündung, die Exsudation das primäre, das Bläschen ein Produkt der letzteren, während, wie B. eben selbst durch Zeichnungen an der Tafel illustrierte, bei der Dysidrosis das Bläschen eine Schweifscyste, eine Folge einer Schweifsretention ist, mag dieselbe nun durch Hyperkeratose oder durch irgend welche andere Momente bedingt sein. Entzündliche Vorgänge ekzematöser Natur sind dann doch erst sekundär durch den Reiz des retinierten Sekretes bedingt. Das Wesen des Prozesses ist also nach des Vortragenden eigenen Ausführungen durch die anomale Schweifsentleerung gekennzeichnet, und wir können doch das Leiden dann nicht mit Ekzem, das ja sekundär hinzutreten kann, identificieren.

Behrend-Berlin: Ebenso wie wir durch die verschiedensten äufseren Reize immer dasselbe Bild des Ekzems bekommen und das Leiden dann als Ekzem bezeichnen unabhängig von der Ursache, ebenso ist hier in der Störung der Schweifsentleerung ein ursächliches Moment gegeben, das schliefslich aber doch das Bild des Ekzems giebt.

Jessner Königsberg: Es ist doch ein ganz verschiedenes Ding, ob es sich um äufsere Reize als Urheber handelt, oder um einen pathologischen Vorgang in der Haut selbst, der zum Ekzem führt. Wo, wie hier, nach B. primär den entzündlichen Vorgängen ein pathologischer Vorgang in der Haut selbst, die Bildung einer Retentionscyste von Schweifs vorausgeht, macht dieser das Wesen des Prozesses aus und mufs demselben den Namen geben. Wir können dann nur sagen Eccema ex Dysidrosi, wie wir sagen Eccema ex Hyperidrosi. (Bei dieser Diskussion präjudicierte ich keineswegs der wirklichen Entstehungsweise der Dysidrosis, die ich auch eher als primäre entzündliche Affektion auffassen möchte, ich wollte nur zeigen, dafs B. nach seiner Darstellung des Vorganges nicht zu dem Schlusse kommen konnte, dafs die Dysidrosis mit Ekzem identisch sei; ich glaube, gerade die Schilderung von B. würde eher das Gegenteil beweisen. D. Ref.)

Lang-Wien bricht die Diskussion, die sich seiner Ansicht nach nur um eine Differenz in der Nomenklatur dreht, ab, um zu dem nächsten Referat Zeit zu gewinnen.

Köbner-Berlin: **Die blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der Haut in Hinsicht auf ihre Verwechselung mit syphilitischen Affektionen.**

Von blasenbildenden Affektionen der Schleimhäute, die mit Syphilis verwechselt werden könnten, sind hervorzuheben: die Aphthen, welche auftreten können im Munde, am Zungenrand, am Gaumen, im Rachen, in der Vulva und in der Vagina. Daran reiht sich dann die Aphthenseuche, die Form der tierischen Maul- und

Klauenseuche beim Menschen, von der K. in jüngster Zeit Fälle gesehen. Am häufigsten beobachtet ist sie von SIEGEL, der auch Kulturversuche angestellt hat. Herpes kann in den verschiedensten Formen vorkommen; zuweilen tritt er gleichzeitig oder auch nacheinander in Mund und Vulva auf. Die regelmäfsige Begrenzung, die schnelle Heilung sind charakteristisch. Die Dermatitis herpetiformis, welche K. als Hydroa pruriginosa bezeichnet wissen will, kann auch zu Blasenbildungen auf der Schleimhaut führen. Bei Erythema exsudativum multiforme können Phlyktänen im Munde und im Rachen vorkommen. Die Impetigo herpetiformis (HEBRA), die auf der Haut ausgedehnte Wucherungen nach Art von spitzen Kondylomen bewirken kann, ergreift auch die Schleimhäute. Toxikodermien, wie man sie nach Antipyrin, Jodkalium und anderen Medikamenten gesehen hat, ziehen oft die Schleimhäute in Mitleidenschaft, indem Blasenbildung auf denselben entsteht. Von gröfster Wichtigkeit ist der Pemphigus der Schleimhäute, der oft verwechselt wird mit Diphtherie; derselbe kann lange ohne Hautaffektion spielen, bewirkt Membranbildungen, Schluckbeschwerden, Salivation, Foetor ex ore. Allen bisher genannten Affektionen kommen als gemeinsame Merkmale zu: Oberflächlichkeit des Sitzes, Heilung ohne oder mit sehr geringen Narben, häufiger Wechsel des Sitzes. Auf der Haut zeigen sie keine Polymorphie, sondern eine gewisse Konstanz des Typus. Eine Ausnahme macht nur die Duhringsche Krankheit, bei welcher aber auch die einzelnen Anfälle immer einen gleichen Typus haben; die Abzweigung derselben von anderen blasenbildenden Affektionen hält K. für nötig. Ebenso will er mit BESNIER viele blasenbildende Leiden vom Pemphigus schärfer abgegrenzt wissen. Darauf geht Referent sehr ausführlich auf das ihm am wichtigsten erscheinende, am leichtesten der Verwechselung mit Syphilis zugängliche Krankheitsbild, den Pemphigus vegetans (NEUMANN) ein, von dem er drei hoch interessante Krankengeschichten genau berichtet. Im ersten Falle handelt es sich um einen deutschen Kaufmann aus Südafrika, der eine blasenbildende Affektion der Mundschleimhaut zeigte, die schmerzhaft war; die einzelnen Stellen bedeckten sich mit fibrinösen Membranen. Ein halbes Jahr später erfolgt der Ausbruch von Blasen auf der Unterlippe, der Zunge, am Perineum und in der Skroto-Perinealfalte. Er war schon vielfach wegen Syphilis behandelt worden. Binnen 14 Tagen entwickelten sich nun an letztgenannter Stelle riesige Wucherungen, kondylomartig, die sofort die Diagnose auf Pemphigus vegetans stellen liefsen. Es wurde eine operative Behandlung sofort eingeleitet, bestehend in einer Abrasio und nachheriger Anwendung des Thermokauter. Später wurde die Operation wiederholt und auch nach dem Vorgange von UNNA Jodtinktur angewendet. Der Patient ist, wie K. nach Jahren erfuhr, noch gesund. In der Litteratur ist aufser diesem Falle nur noch ein UNNAscher Fall von Pemphigus vegetans als geheilt bekannt. Nicht so günstig verliefen die anderen beiden Fälle, auf die K. des näheren eingeht, wobei er seine Schilderungen durch Photogramme illustriert. Hier sei nur noch kurz erwähnt, dafs es sich in dem interessanten dritten Falle um eine Frau mit Fettherz handelte, bei der zuerst ausgedehnte Wucherungen an der Vulva und in der Leistengegend entstanden; erst sehr spät traten Blasen am übrigen Körper auf. Die einzelnen mit Vegetationen bedeckten Stellen heilten nach Abrasio, ohne eigentliche Narben zu hinterlassen, ab; die erkrankt gewesenen Stellen kennzeichneten sich später nur durch Pigmentierung. In der Epikrise der drei Fälle betont K., dafs in allen der Prozefs an der Mund- und Rachenschleimhaut begann, und es erst später zu Blasenbildung auf der Haut kam. Auffallend waren die kondylomartigen Wucherungen an den Kontaktflächen. Entgegengesetzte Angaben anderer Autoren über den Verlauf werden wahrscheinlich auf unsicheren anamnestischen Angaben beruhen. Die Benennung von UNNA „Erythema bullosum

vegetans“ hält K. nicht für berechtigt, weil man schon beim Erythema exsudativum multiforme ein Erythema bullosum kennt, und auch aufser C. Müller niemand ein Erythem vor der Blasenbildung gesehen hat. Um jede Wucherung treten peripher neue Blasen auf; dieselben zeigen ein peripheres Fortschreiten. Blasen an Fingern und Zehennägeln (Perioonychia pemphigosa) kommen vor. Die bakteriologischen Untersuchungen von Pemphigus vegetans sind negativ ausgefallen. Müller hat durch Impfung Erythem mit Blasenbildung hin und wieder erzeugt. Die interessanten Ausführungen des Referenten werden, trotzdem sie das eigentliche Thema noch wenig berührt haben, abgebrochen, nachdem die Sektion ihm bereits 1¼ Stunde zugebilligt hatte.

Beckh-Nürnberg giebt einem Beschlufs der Sektion gemäfs eine kurze Übersicht über eine von Berliner-Aachen eingesandte Arbeit, betreffend eine **Zink-Oesypuspaste.** Dieselbe hat folgende Zusammensetzung:

Zinc. oxyd.	
Amyl.	ää 4,0
Oesypus	
Ol. olivar.	ää 3,0.

Dieselbe soll entzündungswidrig wirken, besonders bei Akne, Sycosis coccogenes, Verbrennungen und Erfrierungen, Rosacea mit Vorteil zu verwenden sein. Bei Psoriasis ist die Paste als indifferentes Mittel zeitweise am Platze. Proben der Pasten werden verteilt.

Neuberger (an Stelle des verhinderten Dr. Oefelein) giebt einen kurzen Bericht über ihre **Erfahrungen mit Europhen.** Es sind fast 200 Fälle von ihnen damit behandelt worden. Das Europhen ist geruchlos, reizlos, hat sich bei Balanitis, Herpes praeputialis, Ulcus molle etc. sehr bewährt. Es wird als Pulver oder Salbe angewandt; um Sekretretention zu verhüten, ist es oft vorteilhaft, über das Pulver noch die Salbe aufzulegen. Bei Syphilis haben Oefelein und Neuberger viel von Europheninjektionen (1:100 Ol. olivar.) Gebrauch gemacht und gute Erfolge damit erzielt. Eichhoff, der sie ursprünglich empfohlen, hat sie allerdings wieder verlassen. Im ganzen ist das Europhen ein gutes, viel verwendbares Mittel, das dringend empfohlen werden kann.

Lieven-Aachen bemerkt, dafs er in zwei Fällen starke Reizerscheinungen nach der Anwendung von Europhen gesehen hat; sonst sind auch seine Erfolge günstig. Mit Vorteil ist das Europhen auch bei trockenen Katarrhen der Nase als Salbe (10%) die auf Tampons gestrichen wird, verwendbar.

Nach diesen zahlreichen Vorträgen werden die Sitzungen der Sektion für Dermatologie und Syphilodologie während der 65. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte geschlossen. Nachmittags versammelten sich die Mitglieder noch einmal im städtischen Krankenhause in der Abteilung des Herrn Dr. Beckh, wo die Herren Kollmann und Goerl ihre Endoskopie an Patienten demonstrierten. Man konnte da sehen, dafs beide Apparate den Bedürfnissen vollkommen genügen und einen klaren Blick in die Urethra geben. Vielleicht giebt das mit direktem Licht beleuchtende Endoskop von Kollmann ein noch helleres, klareres Bild. Dennoch wird das reflektierte Licht wegen der gröfseren Einfachheit der Apparate den meisten wohl willkommener sein.

Wenn man sich auf den Standpunkt stellt, dafs der Wert aller wissenschaftlicher Kongresse nicht nur in den gehörten Vorträgen, den

gesehenen Demonstrationen, den mehr oder weniger anregenden Diskussionen zu suchen ist, sondern vor allem das persönliche Nähertreten der Fachkollegen denselben ihre Bedeutung giebt, dann wird man es wohl nicht für übrig finden, wenn ich noch einige Worte über die Darbietungen des Kongresses aufserhalb der wissenschaftlichen Sitzungen sage. Natürlich will ich dabei nicht die zahlreichen, äufserst gelungenen, von bestem Wetter begünstigten Feste schildern, sondern nur kurz hervorheben, dafs gerade die Dermatologen Nürnbergs es an liebenswürdigem Entgegenkommen und edler Gastlichkeit an nichts fehlen liefsen. Ich bin überzeugt, dafs alle Teilnehmer der Sektion den Kollegen ein Gefühl wahrer Dankbarkeit bewahren werden für so manche, prächtig im engeren Kreise verlebte Stunde. Wenn ich dabei den reizenden Abend im altehrwürdigen „Posthorn" besonders hervorhebe, so geschieht das, weil gerade an diesem Abend alle Anwesenden wohl sich so recht behaglich im Kreise der näheren Fachgenossen gefühlt haben. Mit vollstem Recht konnte Prof. Lang am Schlusse der Sitzungen dem Einführenden, Dr. Beckh, dem Schriftführer, Dr. Epstein, in einer an schönen Wendungen reichen Rede den Dank der dermatologischen Sektion für die Leitung der Sitzungen und das gastliche Entgegenkommen aufserhalb derselben abstatten. — Die im künftigen Jahre in Wien stattfindende Versammlung wird hoffentlich auf die Dermatologen eine recht grofse Anziehungskraft ausüben.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Immunität gegen Lepra in der fünften Generation, von A. S. Ashmead. (*Sei-i Kwai med. Journ.* December 1892. Nach dem *Glasgow med. Journ.* April 1893.) In China und Japan gilt es allgemein für eine ausgemachte Thatsache, dafs das Lepravirus bei hereditärer Transmission immer schwächer wird und schliefslich beim fünften Gliede vollständig erlischt, falls nicht neues reines Blut durch den Eintritt eines gesunden Gliedes in den Stammbaum zugeführt wird. Die Kinder lepröser Eltern haben schon eine verminderte Empfänglichkeit für das Leiden, und dieselbe nimmt bei den Enkeln, Urenkeln und Ururenkeln immer mehr ab. Wenn also, wie es im Orient erstrebt wird, Ehen nur zwischen Personen, die im nämlichen Grade erblich belastet sind, eingegangen werden, so würde im Laufe von fünf Generationen eine vollständige Immunisierung der gesamten Bevölkerung erzielt werden. In Europa ist durch die Isolierung der Leprakranken die Möglichkeit einer Eheschliefsung derselben verhindert worden, so dafs schliefslich die Krankheit hier ausstarb; im Orient hat man, wie Verfasser meint, nur durch die ziemlich allgemein durchgeführte Beobachtung des Erblichkeitsgesetzes die weitere Ausbreitung der Lepra verhindert.

Philippi-Nieheim.

Über den Wert chirurgischer Eingriffe bei Lepra, von B. Rake-London. (*St. Louis medic. and surg. Journ.* April 1893.) Es ist erwiesen, dafs Wunden bei Leprösen auffallend rasch heilen. Die Ursache dürfte auf die aufserordentlich schnelle Gerinnung des Blutes der Leprösen zurückzuführen sein. Diese rapide Gerinnung wird wiederum, wie Danielssen und Boeck nachgewiesen haben, dem stärkeren Fibringehalte des Blutes der Leprösen zuzuschreiben sein.

Verfasser beschreibt im folgenden eine Reihe von an Leprösen vorgenommenen Operationen, die zwar die Lepra selbst nicht zu heilen vermochte, aber auf das Allgemeinbefinden der Operierten einen sehr wohltätigen Einfluſs ausübten und im stande waren, das Leben der Patienten auf Monate und Jahre hinaus zu verlängern.

C. Berliner-Aachen.

Über den Leprabacillus, von Prof. R. Campana. (*La Riforma medica.* 1893. No. 106 und 107.) In der Absicht, die Frage, betreffend die Übertragbarkeit der Lepra zu lösen, hat Verfasser eine Serie von Experimenten vorgenommen (an Hühnern, Kaninchen), die ihn zu folgenden Schlüssen führten:

1. Die Lepra läfst sich nicht nach Art der Tuberkulose auf Tiere übertragen.

2. Die von verschiedenen Autoren mitgeteilten positiven Ergebnisse bedürfen der weiteren Bestätigung.

3. Der Leprabacillus kann längere Zeit nach der Transplantation in den übertragenen Gewebsstücken nachgewiesen werden, aus denen er später, ohne Spuren zu hinterlassen, verschwindet. Er kann länger im tierischen Organismus fortbestehen, ohne Zeichen von Vervielfältigung zu bekunden und dabei von Zellen aufgenommen werden, sowie Anlafs zur Bildung von Riesenzellen geben, was jedoch nicht als spezifisch lepröse Erscheinung behandelt werden darf.

4. Eigentliche Bacillenkulturen hat Verfasser in seinen Transplantationsherden nie entdecken können. Der importierte Bacillus bleibt im neuen Medium, wie in jeder anderen albuminösen steirilisierten Lösung, konserviert liegen, wo er als Fremdkörper von den benachbarten Leukocyten aufgenommen wird und den Anstofs zur Bildung von Riesenzellen abgiebt.

Was nun die positiven Ergebnisse von Lepraübertragungen anderer Autoren (Neisser, Melcher und Ortmann, Damsch) anbelangt, so kommt Verfasser auf Grund einer weiteren Reihe von Experimenten (subkutane Injektionen von leprabacillenhaltigem Material unter die Haut von Meerschweinchen) zum Resultate, dafs es sich in jenen Fällen nicht um Lepra, wohl aber nur um Tuberkulose der Vögel gehandelt haben könne, bei welcher es, wie bei Lepra, zur Entwickelung ungeheurer Mengen von Bacillen kommt, ohne dafs dieselbe von namhaften phlogistischen Erscheinungen begleitet würde.

Müller-Freiburg (Schweiz).

Kommen in Gegenden, die für leprafrei gelten, namentlich im Norden von Frankreich und in Paris, Spuren der früheren Lepra vor? von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 193.) Leloir hatte schon im Jahre 1881 einen Fall veröffentlicht, der auffallende Ähnlichkeit mit Lepra aufwies; er betraf ein junges Mädchen, das Paris nie verlassen hatte. Damals wagte L. diese Diagnose aber nicht zu stellen, sondern bezeichnete das Leiden als „Trophonévrose gangréneuse de la peau simulant la lèpre lazarine". Aber schon wenige Jahre später drängte sich ihm der Verdacht auf, ob es sich in manchen Fällen nicht wirklich um einheimische Lepra handeln könne. So waren es namentlich vier Fälle, die er 1885—86 in seiner Klinik zu Lille vorstellte, die ihn wegen ihrer auffälligen Ähnlichkeit mit Lepra in seinem Verdachte bestärkten Alle vier Patienten hatten französischen Boden, bezw. eine bestimmte Provinz nie verlassen. Und endlich bekam Leloir im März 1892 wieder einen verdächtigen Fall zu Gesicht.

Angeregt durch die neuerlichen Arbeiten von Zambaco-Pacha giebt L. jetzt eine ausführliche und durch Holzschnitte erläuterte Darstellung der sechs Fälle und erwägt von neuem die Frage des Bestandes einer einheimischen Lepra. Er ist sehr geneigt, die Frage bejahend zu beantworten, verhehlt sich aber nicht, dafs ein streng wissenschaftlicher Beweis noch aussteht. Namentlich ist der Nachweis der Hansenschen Bacillen in den erkrankten Teilen noch nicht geglückt.

Türkheim-Hamburg.

b) *Tuberkulose.*

Übertragung der Tuberkulose durch Bifs, von Jeanselme. (*Annal. de derm. et de syph.* 1893. S. 658.) Eine Frau war von einem schwindsüchtigen Epileptiker in den linken Zeigefinger gebissen worden; es entwickelte sich daselbst ein Geschwür, auf dem Handrücken entstanden drei fluktuierende Gummata. Anschwellung der Ellenbogen- und Achseldrüsen, Tuberkulose beider Lungenspitzen mit langsam fortschreitendem Verlauf. *Türkheim-Hamburg.*

Über eine direkte Übertragung des Lupus berichtet Plotnikow. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 24.) Ein an Gesichtslupus leidender Patient kratzte den Wärter an der Lippe. Die Kratzwunde vergrößerte sich, und nach zwei Wochen entwickelte sich ein Ulcus über der halben Unterlippe. Nach einer Keilexcision des geschwürigen Teiles trat an einer Stelle Nekrose und Fistelbilung ein, jedoch verheilte diese später. Die Infiltration der Unterkieferdrüsen, die bestanden hatte, ging zurück. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Stückes ergab lupöses Granulationsgewebe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lupusbehandlung. Medical Society of London vom 13. März 1893. (*Brit. med. Journ.* 1893.) Bruce Clarke (London) hält die Excision der lupösen Teile im Gesichte mit nachfolgender Transplantation für die beste Methode.

Watson Cheyne zeigt eine auf gleiche Art behandelte Patientin.

Bidwell hat Lupus auf der inneren Seite der Zunge excidiert und den Defekt mit günstigem Erfolge durch Thierschsche Transplantationen gedeckt.

Schwierig ist es, die Grenzen des Erkrankten zu bestimmen, wie aus vorgezeigten mikroskopischen Präparaten ersichtlich ist. Die vorherige Anwendung des Tuberkulins macht diese Grenzen besser kenntlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Rhinoplastik wegen Lupus führte Weinlechner bei einer 19jährigen Patientin (vorgestellt in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 16. Juni 1893. *Wien. klin. Wochenschr.* 1893. No. 26) aus, die seit sechs Jahren an Lupus litt und bereits 8 mal in Spitalpflege gewesen war. Die Nasenspitze war defekt, der knorplige Teil mangelte; seit drei Monaten war der Lupus der Nase geheilt. Das Material wurde der Stirnhaut entnommen, das Resultat ist ein zufriedenstellendes. Der Defekt an der Stirn heilte gut nach Hautläppchentransplantation.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einige Versuche lokaler Behandlung des Lupus mit Hundeblutserum-Injektionen, von Tommasoli. (*Rif. med.* 1893. No. 116 und 117.) Verfasser hat solche an drei Patientinnen mit Gesichtslupus vorgenommen und teilt darüber folgende Resultate mit:

1. In Dosen von 1 ccm bewirkt das Hundeblutserum keine allgemeine, wohl aber lokale, und zwar meist nur kurzdauernde, Reaktion (Jucken, Schmerz, Odem).

2. Der therapeutische Effekt dieser kleinen, in gröfseren Intervallen injicierten

Dosen (in die Mitte der Herde oder deren Umgebung) kann nicht geleugnet werden, war aber in den angeführten Fällen nicht sehr ausgeprägt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Lupusfälle, die mit Tuberkulin nebst anderen Mitteln behandelt wurden, von J. Donelan. (*Brit. med. Journ.* 24. Juni. 1893.) Ein 19jähriger Jüngling mit Lupus der Nase und der rechten Wange war anfangs ohne, später mit Tuberkulin im Verein mit Curettement etc. behandelt worden. Bei der Tuberkulinbehandlung schien der Erfolg ein besserer zu sein, und Recidive blieben 1½ Jahre, resp. jetzt sechs Monate aus. Ebenso war bei einer 17jährigen Dame diese Methode erfolgreich. Die Patientin ist jetzt über zwei Jahre ohne alle Spuren eines Recidivs geblieben.

Philippi-Nieheim.

Versuchsresultate über die Wirkung des Tuberkulins auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens und Kaninchens, von K. Yamagiwa. (*Virchows Archiv.* Bd. 129. Heft 2.) Die Ergebnisse der im pathologischen Institut der Charité zu Berlin angestellten Versuche sind:

1. Die Injektion von Tuberkulin ist nicht im stande, das Tier vor weiterer Infektion der Organe zu schützen; andererseits hat Verfasser nicht eine Begünstigung der Ausbreitung des tuberkulösen Processes durch Tuberkulin konstatieren können.

2. Eine direkte Beeinflussung der Lokalherde im Sinne eines Nekrotisierens hat Verfasser nicht gefunden. Nur in der Milz scheint bei Meerschweinchen die Kalkinfiltration früher einzutreten, als bei den Kontrolltieren; auch Ablagerungen braunen Pigments kamen in der Milz der Meerschweinchen zur Beobachtung.

Ob die schnellere Kalkablagerung für schnelleren Zerfall spricht, läfst Verfasser unentschieden.

3. Die Rundzellinfiltration um und in den Tuberkelherden schien bei behandelten Tieren stärker zu sein.

4. Die einzige Thatsache, welche vielleicht eine günstige Wirkung des Tuberkulins bedeutet, ist, dafs bei zwei behandelten Kaninchen die Impfstelle fast geheilt ist.

5. Tuberkelbacillen im metastatischen Herde der Lunge eines behandelten Kaninchens entwickelten sich nach Übertragung auf Meerschweinchen weiter.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ätiologie des Chalazion. (Soc. franç. d'ophthalmologie. Mai 1893. *Progrès méd.* 1893. No. 20.) Auf Grund von 18 Untersuchungen glaubt Parisotti-Rom, dafs der Tuberkelbacillus beim Chalazion eine wesentliche Rolle spiele. Das Chalaziongewebe zeigte nämlich eine mikroskopische Beschaffenheit, wie sie am häufigsten bei tuberkulösen Infiltraten angetroffen wird (Riesenzellen etc.) Boucheron wies seinerseits ziemlich konstant pyogene Mikrokokken nach und konnte bei Impfversuchen auf Tieren wieder ähnliche Produkte erzeugen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

c) *Syphilis.*

Syphilis-Prophylaxis in Rumänien, von Petrini-Galatz. (*La Roumanie médicale.* 1893. No. 2.) P. konstatiert die weite Verbreitung der Syphilis nicht allein in den Städten Rumäniens, sondern, und zwar in noch höherem Grade, auch auf dem Lande, wo die hygienischen Vorschriften wenig Beachtung finden. Er verlangt Ausdehnung der Beaufsichtigung der Prostitution auf die Landbevölkerung und strengste Überwachung der geheimen Prostitution, worin die gröfste Gefahr für die Verbreitung der Seuche zu suchen ist. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Therapie der Syphilis hereditaria, von Loos. (*Wien. ärztl. C.* April 1893.) Auf der Klinik Escherichs in Graz sind folgende therapeutischen Mafsnahmen üblich:

Stets mufs die Mutter das Kind nähren; bei den ersten Syphiliserscheinungen erhält es:

Calomel 0,2
Sacch. 8,0
Mfp. divid. in part. aequal. No. 20.
DS. täglich zwei mal ½—1 Pulver;

oder *Hydrarg. oxydul. tannic.* 0,4
Sacch. 8,0
Mfp. divid. in part. aequal. No. 20.
DS. täglich ein Pulver.

Nach dem Schwinden der Symptome ist Jod oder Ferr. jodat. sacchar. noch längere Zeit zu geben. Man kann auch kräftige Kinder mit 0,3—0,5 Ung. ciner. schmieren, wobei man die Extremitäten frei läfst. Alle vier Tage ein Bad. Sublimatbäder werden verworfen. Rhagaden an den Lippen werden mit roter Präcipitatsalbe oder Lapislösungen behandelt, Kondylome täglich mit Kalomel bestreut. Sorgfältige Ernährung. Lähmungen (Epiphysenlues) schwinden in 2—3 Wochen vor allem nach einer Schmierkur. Recidive bis zwei Jahre möglich.

(Es ist unerfindlich, warum die Sublimatbäder verworfen werden, deren Wirkung bei Kindern geradezu glänzende sind. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Erworbene Syphilis im Kindesalter, von Fournier. (*Rev. gén. de clin. et thérap.* 1893.) Für die Entstehung der erworbenen Syphilis im Kindesalter sind folgende Momente von Wichtigkeit:

1. Niemals kommt eine Ansteckung intra partum vor, und wenn die Mutter auch plaques muqueuses an der Vulva hat.

2. Die erworbene Syphilis des Kindes hängt niemals von einer Syphilis der Mutter ab, welche vor der Geburt acquiriert ist, denn dann ist auch der Neugeborene syphilitisch, resp. latent syphilitisch.

Es reducieren sich die Ursachen der erworbenen Syphilis des Kindes daher auf folgende:

1. Die Säugung. Es kann die Amme von vorher syphilitisch sein oder während des Nährens die Syphilis von einem anderen Kinde erwerben.

2. Die Erziehung. Während derselben kann das Kind syphilitisch inficiert werden a) durch die nach der Geburt des Kindes syphilitisch gewordene Mutter, b) durch den unter denselben Bedingungen erkrankten Vater, c) durch Kindermädchen, besonders beim Küssen, d) durch fremde Personen oder Gegenstände, die von Syphilitischen gebraucht worden sind.

3. Attentate.

4. Ansteckung durch Ärzte oder Hebeammen vermittelst der Hände oder Instrumente. — Fournier hält die erworbene Syphilis der Kinder nicht für selten.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Einfluſs der Merkurbehandlung bei syphilitischen Frauen auf die Nachkommenschaft, von Etienne. (*New York, med. record.* 1893. No. 14.) Die Sterblichkeit der Kinder von nicht behandelten syphilitischen Frauen beträgt bei der Geburt schon 76%, wenn man die lebend Geborenen weiter beobachtet, sogar 95%. Durch merkurielle Therapie geht die Mortalität herunter auf 11—16%. Bei 10 von dem Autor behandelten Fällen starb kein Kind, 80% wurden ausgetragen. Väterliche Syphilis ist lange nicht so verderblich. Infektion während der ersten drei Schwangerschaftsmonate bewirkt eine Sterblichkeit von 100%, wenn keine entsprechende Behandlung statthat. Nachteile von einer antiluetischen Kur in der Gravidität hat Verfasser niemals gesehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Excision des Schankers behufs Abortivbehandlung der Syphilis, von J. C. McGuire. (*New York med. Journ.* 6. Mai 1893.) Es werden zwei Fälle mitgeteilt, bei denen Verfasser unter möglichst günstigen Umständen die Excision des Initialsyphiloms am Penis vorgenommen hatte und sich trotzdem ausgesprochene Sekundärsymptome entwickelten. Im Anschluſs bespricht er die theoretischen Gründe, die gegen diese Methode anzuführen sind, und giebt einen kurzen Überblick der betreffenden Litteratur. *Philippi-Nieheim.*

Ein neuer Fall syphilitischer Reinfektion, von Diday und Doyon. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 354.) Die erste Ansteckung erfolgte 1886 in Mexiko und wurde dort von vier namhaft gemachten Ärzten übereinstimmend als Syphilis erklärt. Auf die übliche Behandlung folgte Heilung sämtlicher Symptome. Zweite Ansteckung 1889 in Paris mit Schanker, Roseola, Halsentzündung u. s. w., so daſs an der Reinfektion kein Zweifel bestehen kann. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Therapie der Syphilis, von A. Fournier, (*Sem. méd.* 1893. No. 4.) Die Excision des Primäreffektes kann vorgenommen werden, wenn er früh bemerkt wird und noch keine Drüsenschwellungen vorhanden sind, Bedingungen, die aber wohl nur selten erfüllt werden. Ist die syphilitische Natur eines Geschwürs sicher, dann soll sofort eine antiluetische Kur eingeleitet werden, da dadurch die Syphilis günstiger verläuft; bei zweifelhaften Geschwüren muſs abgewartet werden. Die Behandlung soll eine successive, eine chronisch-intermittierende sein. Z. B. anfangs 2 Monate 0,1 Hydrarg. protojoduret. pro die intern, dann 4—6 Wochen Pause, dann wieder 6 Wochen einnehmen; darauf 2—3 Monate Pause u. s. w., so daſs der Patient im ersten Jahre 4, im zweiten 3, im dritten zwei Kuren durchmacht.

Nach drei Jahren wird eine Jodkur (3,0—12,0 pro die) in gleicher Weise eingeleitet, eventuell abwechselnd mit Quecksilberkuren. Wo Quecksilber schlecht vertragen wird, ist nur Jod anzuwenden.

Im tertiären Stadium kann die Kur eine gemischte sein, Quecksilber und Jod gleichzeitig gegeben werden, etwa 2—3 Sublimatpillen und 3—4 g Jodkalium pro die.

Diese gemischte Kur ist besonders indiciert: 1. beim trocknen Knötchensyphilid, 2. bei Choroiditis, Iritis, Sarcocele, Perionyx etc., Symptomen, die zwischen sekundärem und tertiärem Stadium auftreten, 3. bei Erkrankung lebenswichtiger Organe.

Das Protojoduret eignet sich am besten für die Anfangssymptome:

Hydrarg. protojoduret.	0,05
Extr. opii	0,01

Mf. pilul. d. t. dos. No. 40 1—2 Pillen täglich. Frauen bekommen eine kleinere Dosis.

Sublimat giebt Fournier als Liquor van Swieten oder in Pillen:

Hydrarg. bichlor. corros.	
Extr. opii	ää 0,01
Mf. pilul.	

Ds. 3 mal täglich eine Pille während der Mahlzeit. Sublimat hat besonders bei Spätererscheinungen der Syphilis, bei exulcerierenden Exanthemen Erfolg. — Ung. ciner. verwendet Fournier bei Affektionen des Nervensystems der Augen, anderer innerer Organe, dann bei Kindern und endlich, wo die anderen Kuren versagen.

Statistisch sucht Fournier nachzuweisen, daſs nur die chronisch-intermittierende Behandlung tertiären Erscheinungen vorbeugt.

Von 1703 Fällen tertiärer Lues waren 217 gar nicht, 1162 weniger als ein Jahr, 265 1—2 Jahre, 53 mehr als zwei Jahre, 6 mehr als drei Jahre behandelt. Also nur 59 unter 1703 bekamen trotz chronisch-intermittierender Behandlung tertiäre Erscheinungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kombinierte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern, von Joseph Dymnicki. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 18.) Die Anwendung der Schwefelquellen bei Syphilis in Kombination mit Quecksilber wird von vielen verworfen, weil sich unlösliches und unwirksames Schwefelquecksilber bildet. Verfasser tritt nun auf Grund seiner 36jährigen Erfahrung für die gleichzeitig zu verwendenden Schwefelbäder ein. Er sucht einerseits die theoretischen Einwände zu widerlegen, indem er auf Grund der Angaben vieler Chemiker zu beweisen sucht, dafs das Schwefelquecksilber unter gewissen Bedingungen löslich wird. Übrigens bilden nur Quecksilberoxydulsalze mit Schwefel das Schwefelquecksilber, diese sind aber im Ung. cinereum nur in minimaler Menge vorhanden. Andererseits ist die Theorie durch die praktischen Erfolge als unbegründet dargelegt, die Verfasser mit vielen anderen Autoren gesehen. Er vermutet, dafs die Anregung des Stoffwechsels durch die Schwefelbäder dem Quecksilber mehr Gelegenheit giebt, auf das Syphilisgift einzuwirken und gleichzeitig die Elimination des Quecksilbers begünstigt. — Erst nach Auffindung des luetischen Mikroorganismus wird man mehr Aufklärung erwarten dürfen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Syphilis durch Blutserum, von Pierleone Tommasoli. (*Internat. klin. Rundschau.* 1893. No. 24.) Verfasser verwendete zu seinen Versuchen Serum von Lamm- und Kalbsblut, das er in der Menge von 2—8 ccm mittelst der Tursinischen Injektionsspritze in die Nates injicierte. Er war nach Möglichkeit bemüht, eine sterile Flüssigkeit herzustellen. Die Injektionsstellen wurden vor und nach der Injektion mit 2‰iger Sublimatlösung gewaschen. 13 Kranke, darunter die schwersten und ausgesprochensten Fälle sekundärer Syphilis, wurden der Behandlung unterzogen. Ein Patient litt 6 Monate nach der Initialsklerose, 2 Monate nach der Roseola an einer Periostitis des linken Malleolus externus und einem hämorrhagischen Syphilid der ganzen linken Unterextremität. Soweit es möglich, bekam jeder Kranke auch nach Beseitigung der Erscheinungen noch 2—3 Injektionen von mittlerer Dosis Im allgemeinen waren 6 Injektionen nötig; einmal gab Verfasser deren 13, aber nur experimenti causa. Die Ergebnisse waren, dafs alle syphilitischen Erscheinungen rascher schwanden, als bei irgend einer Behandlung; fast alle Patienten konnten innerhalb zwei Wochen als geheilt betrachtet werden. In fast allen Fällen waren nach der sechsten Injektion selbst die schwersten syphilitischen Erscheinungen entweder völlig geschwunden oder mindestens erheblich gebessert. Kein Patient bedurfte einer Behandlungsdauer über drei Wochen. Bei der Mehrzahl der Kranken sind bereits 4—7 Monate seit dem Ende der Kur dahingegangen, ohne dafs eine syphilitische Manifestation hervorgetreten wäre, was Verfasser als das Erfreulichste bei der Serumtherapie erscheint. — Als Nebenwirkungen beobachtete T. konstant geringe, schnell vorübergehende Fieber nach jeder Injektion. Schmerzhaftigkeit, Induration und Turgor an der betreffenden Gesäfshälfte treten bei wiederholten Injektionen, besonders wenn die Menge mehr als 4 ccm beträgt, regelmäfsig auf, verlieren sich aber bald. Appetitlosigkeit, allgemeines Unbehagen und Kopfschmerzen traten stets bei Individuen, die unter schlechten allgemeinen Bedingungen leben, auf. Erytheme — besonders bei schwachen Frauen mit Leukorrhoe —, Blässe, Schwäche, Hypothermie fanden sich bei heruntergekommenen Kranken.

(Die Mitteilung ist für die Wichtigkeit des Themas etwas dürftig; genauere Angaben über Gewinnung des Blutserums und eingehende Krankengeschichten hätte man erwarten müssen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Pigmentsyphilid, von R. W. Taylor. (*New York med. Journ.* 18. Febr. 1893.) In dieser gedrängten, aber übersichtlichen und klaren Abhandlung protestiert Ver-

fasser energisch gegen die Verwechselung des pigmentierten Syphilids mit denjenigen Pigmentierungen und Leukodermien, welche als Überreste früherer syphilitischer Läsionen jedem Arzte wohl bekannt sind. Das eigentliche Pigmentsyphilid stellt eine bereits im sogenannten sekundären Stadium auftretende Hyperpigmentierung dar und erscheint in drei verschiedenen Formen: 1. als umschriebene Flecke oder Flatschen, 2. als eine mehr oder weniger intensive diffuse Pigmentierung, bei welcher später auftretende Leukodermie ein netzartiges Aussehen hervorruft (syphilide pigmentaire à dentelles) und 3. in der marmorierten Form, bei der, wie es scheint, keine eigentliche Neubildung von Pigment stattfindet, sondern nur eine abnorme Verschiebung des bereits vorhandenen. Die zweite Art kommt bei weitem am häufigsten von diesen dreien vor und ist auch am leichtesten erkennbar, doch sind sie alle durch ihr frühzeitiges Auftreten, ihren klinischen Verlauf und die anatomischen Verhältnisse, soweit dieselben (namentlich durch die Arbeiten von Maieff) bekannt sind, vollkommen als eine spezifische Äufserung der Syphilis charakterisiert. Die beigegebenen, sehr guten Abbildungen, sowie kurze Krankenberichte stützen die Auffassung T.s, der sich sehr entschieden über die Verkennung dieser Affektion ausspricht und namentlich einige deutsche Autoren für die in dieser Frage entstandene Verwirrung verantwortlich macht. *Philippi-Nieheim.*

Über die Behandlung der Pigmentsyphilide der Haut, von Robin. (*La médecine moderne.* 1893. No. 12.) Robin empfiehlt gegen Pigmentsyphilis zuerst tägliche Einreibungen mit

Alkohol	100
Sublimat	
Salol	ää 1,0
Extr. Bergamot. q. s.	

Die eingeriebene Stelle nicht abtrocknen. — Sobald die Pigmentierung abnimmt:

Glycerin	50,0
Aq. rosar.	50,0
Borac.	4,0
Liquor van Swieten	20,0

Einreiben und darüber auflegen:

Zinc. oxyd.	
Camphor. trit.	
Salol	ää 10,0

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Glaucoma syphiliticum (Société franç. d'ophthalmol., Sitzg. v. 1. Mai 93; *Progrès med.* 1893. No. 20.) Samelson-Köln hat zwei ganz identische Fälle von Glaukom beobachtet, bei denen sich die Syphilis als Ursache nachweisen liefs. Diese hatte eine Arteriosklerose des Uvealtractus bedingt, welche eine Iritis und Glaukom nach sich zog. Über ähnliche Fälle berichten Galezkowski, Coppez, Gillet de Grandmont, Chibret, Koenig. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Ozaena syphilitica, von A. Cartex. (*La France méd.* 1892. No. 31.) Die mit Fötor und Ablösung von Sequestern einhergehende Ozaena syphilitica tritt auf: erstens zwischen dem fünften und zwanzigsten Jahre der Krankheit, zweitens bei Kindern mit hereditärer Lues. Anfangs Stockschnupfen, reichliches grünliches Nasensekret, zuweilen blutig gestreift, Kopfschmerzen, neuralgiforme Gesichtsschmerzen, später Fötor. Löwenberg und Marano haben in solchen Fällen ein besonderes Mikrobion gefunden, das auf Gelatine gezüchtet, denselben Geruch erzeugt. Die Untersuchung ergiebt: Stumpfnase, oft Fehlen des Septum, hie und da Ulcerationen, mit gangränösem Grund und schwärzlichen Krusten bedeckt, fistulöse, auf Sequester

führende Öffnungen, ähnliche Läsionen oder Gummata auf der oberen Fläche des Gaumensegels, Sequester, rareficierende Ostitis an der Decke der Nasenhöhle. Durch Fortsetzung auf die Meningen kann besonders bei Kindern Tod eintreten. Die Diagnose ist besonders bei Kindern gegenüber der Skrophulose oft schwer, die aber das Skelett der Nase intakt läfst und mehr eine Schwellung der Flügel als der Wurzel bewirkt. — Die Prognose ist in Anbetracht des möglichen Todes durch Meningitis, der langen Dauer und der Heilung unter Zurücklassung einer Deformität ernst. Die Behandlung mufs eine lokale und allgemeine sein. Zu ersterer gehört: Desinfektion mit Weberscher Dusche (1% Karbolsäure, 3% Borsäure, 3‰ Kalium permanganicum), Aufschnupfen von Wismut, Zerstörung der Vegetationen durch Galvanokaustik, Wattetamponade (gegen den Fötor), Exstirpation der Sequester, was eine Durchtrennung der Nase in der Medianlinie erfordern kann. Eventuell kann eine Rhinoplastik nötig werden. Die Allgemeinbehandlung mit Merkur und Jod hat nur in frischen Fällen Erfolg. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hirnsyphilis bei einem hereditär nervös und alkoholisch belasteten Individuum, von Maragliano. (*Rif. med.* 1893. No. 131 u. 132.) Der Fall betrifft einen 38jährigen Mann, Alkoholiker, von alkoholischen Eltern abstammend; vor einigen Monaten Ulcus induratum und andere Zeichen von Syphilis. Vor einiger Zeit apoplektischer Anfall, nach welchem ataktische Erscheinungen in den Unterextremitäten, Sensibilitätsstörungen in verschiedenen Körperregionen (schmerzhafte Krisen), Schwindel, Abnahme des Gesichts etc. zurückblieben. Dieser Symptomenkomplex stimmt demnach überein mit dem Bilde der Fournierschen Pseudo-Paralyse générale syphilitique. Therapeutisch erhielt Patient intravenöse Sublimatinjektionen, worauf er sich allmählich erholte. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Alterationen des Blutes bei Syphilis und seine Veränderungen durch die Quecksilberpräparate, von Gogoli. (*Comment. clin. d. mal. cutanee e gen. urin.* 1893. No. 1—4.) Verfasser gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Im Stadium der Initialsklerose läfst sich keine Abnahme in der Blutfärbung nachweisen.

2. Das Auftreten von Sekundärsymptomen wird begleitet von einer geringeren Abnahme der roten Blutkörperchen und einer bedeutenderen des Hämoglobins.

3. Diese Abnahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins steigert sich in den späteren Stadien der Sekundärperiode zu einer wahren Chloro-Anämie.

4. Nach dem Schwinden der Sekundärsymptome kehrt diese Blutanomalie ohne weitere Behandlung zur Norm zurück.

5. Die Behandlung mittelst Hg-Jodid hat eine kleine Zunahme im Hämaglobinwerte zur Folge; dieselbe bedingt zunächst eine geringe Zunahme der roten Blutkörperchen, der aber sehr bald eine Abnahme derselben, sowie der Leukocyten nachfolgt.

6. Die Sublimatinjektionen verursachen eine bedeutende Zunahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins; später nimmt die Zahl der ersteren wieder ab und veranlassen eine vorübergehende Zunahme der Leukocyten.

7. Die Blutuntersuchung bei Syphilitikern giebt einen Anhaltspunkt zur Bestimmung der Zeit, wann mit der Hg-Behandlung aufgehört werden soll, da diese nach einer gewissen Dauer dyskrasische Zustände verursacht.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Lichtdruck von Meisenbach, Riffarth & Co. in Berlin

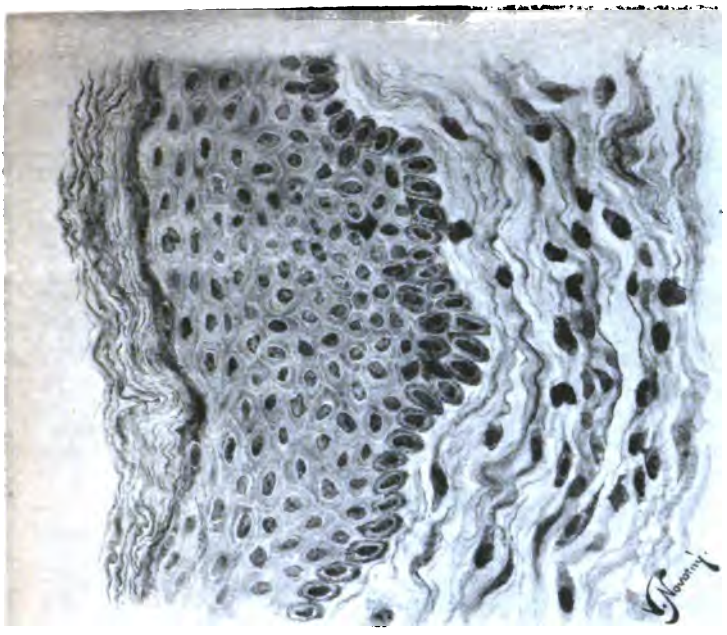


Fig. 2.

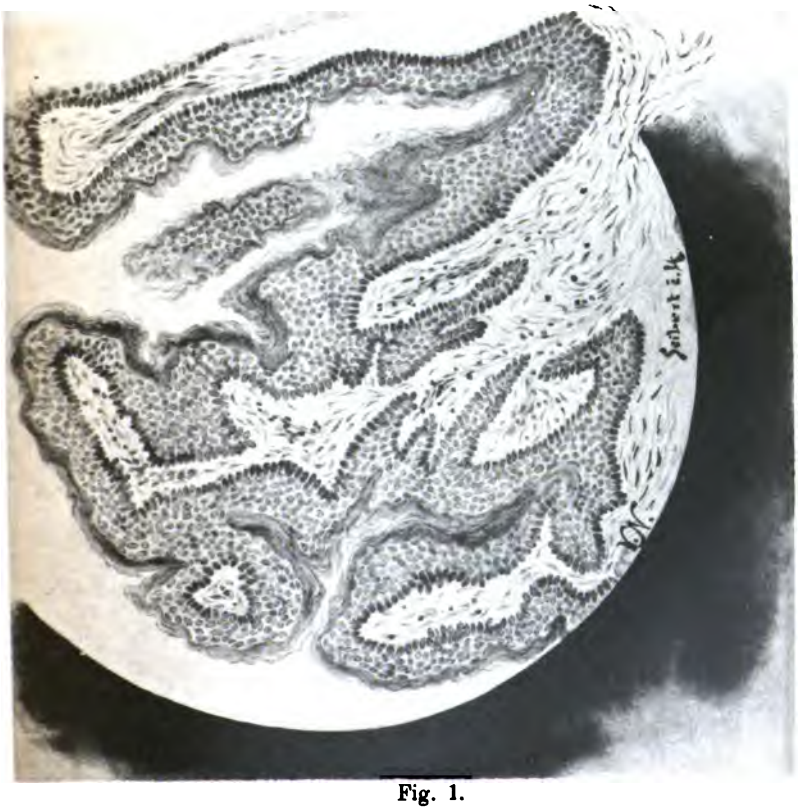


Fig. 1.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Lichtdruck von Meisenbach, Riffarth & Co. in Berlin.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 9. 1. November 1893.

Aus der dermo-syphilopathischen Klinik der k. Universität Parma,
dirigiert von Prof. V. Mibelli.

Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der Knäueldrüsengänge (Porokeratosis).

Von

Prof. V. Mibelli.
(Mit Tafel VI u. VII.)

Das Studium der Keratonosen oder Keratodermatosen ist in den letzten Jahren für diejenigen, die sich mit Dermatologie befassen, zu einem der anziehendsten und an neuen Entdeckungen fruchtbarsten geworden. In Deutschland, Frankreich, Italien beschäftigt man sich in lobenswertem Eifer mit der Erforschung dieser umfangreichen Klasse der Dermatopathien, in dem man einerseits klinische, noch wenig bekannte Thatsachen zu illustrieren und zu besprechen, andererseits neuere und ältere Beobachtungen einer logischeren Einteilung zu unterwerfen sucht, wie uns dieselbe der Stand der neuesten Kenntnisse in Übereinstimmung mit den stets wachsenden Fortschritten der Pathologie auferlegt.

Wie sich jeder überzeugen kann, der mit Interesse den vielen über den Gegenstand im letzten Jahrzehnte erschienenen Publikationen gefolgt, ist bereits ein guter Teil der Sichtungsarbeit zum Abschlusse gebracht worden; doch bleiben noch zahlreiche Lücken übrig, worin der Versuch eines Aufbaues auf der Basis mehr oder weniger geistreicher Hypothesen gemacht wird.

So wurde auch, zumal durch die thätigsten Mitarbeiter in diesem schwierigen Forschungsstoffe, auf das Bedürfnis nach fortwährend neuen Beobachtungen hingewiesen. Deshalb wollte ich mir die Aufgabe vorbehalten, neue Thatsachen zu liefern, indem ich in objektiver Weise — wie es mir am besten möglich war — einige Fälle von Keratodermatose meinem Studium unterzog, die ihrer Eigentümlichkeit halber zufällig meine Aufmerksamkeit auf sich zogen.

Der erste dieser Fälle betrifft einen Jüngling, der mich wegen Syphilis konsultierte und in welchem ich auf den ersten Blick das Original zu

einer der vielen hübschen Photographien erkannte, womit die hiesige Klinik durch meinen berühmten Vorgänger, den Prof. MAIOCCHI bereichert wurde. Prof. MAIOCCHI hatte nämlich Gelegenheit gehabt, den Patienten 8 Jahre vorher zu sehen und von demselben die photographische Aufnahme einer eigentümlichen Affektion am Vorderarm aufzunehmen, die er mit der Diagnose Ichthyosis hystrix bezeichnete. Die übrigen Fälle wurden späterhin von mir selbst in meiner Poliklinik beobachtet.

Nachdem Dr. UNNA die Publikation meines ersten Falles im *Atlas seltener Hautkrankheiten*, H. 9. 1893, freundlichst aufgenommen hatte, gestattete mir Prof. MAIOCCHI in zuvorkommender Weise, denselben näher zu studieren, indem er auf Grund der histologischen Präparate, die ich ihm zur Untersuchung übergab, bezüglich seiner Wichtigkeit mit mir übereinstimmte; gleichzeitig teilte er mir mit, dafs noch andere ähnliche Fälle in der Klinik zu Parma beobachtet worden seien und zwar von Dr. RESPIGHI, der vor mir deren Leitung innehatte.

Dr. RESPIGHI machte sich deshalb daran, seine eigenen Beobachtungen zu studieren und für die Publikation vorzubereiten; meinerseits verpflichtete ich mich, die von mir gesammelten Fälle so sorgfältig wie möglich zu illustrieren, indem ich mir vornahm, einige histologische Präparate behufs recht genauer Wiedergabe zu mikrophotographieren.

Inzwischen gelangte ich immer mehr zur Überzeugung, dafs andere mit den meinigen genau übereinstimmende keratotische Hautaffektionen nicht gut bekannt gemacht worden seien, oder dafs bei der Beschreibung von zufällig ähnlichen Fällen gewisse Eigentümlichkeiten des Aussehens aufser Acht gelassen worden waren, die mir von ganz besonderer Wichtigkeit zu sein schienen.

Sicher ist, dafs bisher niemand an der Hand histologischer Präparate, auf die kapitale Wichtigkeit hingewiesen hatte, die in Fällen wie die meinigen der Hyperkeratose der Knäueldrüsenkanäle zukommt; mir aber schien diese gerade das wahre anatomo-pathologische Substrat der einzelnen Elementarläsionen und der Hauptgrund ihrer klinischen Besonderheit zu sein.

So habe ich denn, während es mir augenblicklich nicht gelang, eine passende Bezeichnung zu finden, welche die Fälle in klinischer Beziehung zu charakterisieren vermag und weil andererseits die Arbeit einen Beitrag zum Studium der Hyperkeratosis der Knäueldrüsengänge liefern soll — als neues und verdienstliches Argument für spätere Untersuchungen — von diesen Betrachtungen den Titel meiner Arbeit abgeleitet; gleichzeitig schlage ich die neue pathologisch-anatomische Bezeichnung „Porokeratosis“ vor, indem ich überzeugt bin, dafs dieselbe zur genauen Bezeichnung einer bestimmten Thatsache in der Nomenklatur bleibenden Platz wird finden können.

Dem geneigten Leser überlasse ich es, zu beurteilen, ob ich richtig getroffen habe.

I. Krankengeschichten.

1. Fall. Richard Bozzani, 21 Jahre alt, nicht verheiratet, aus wohlhabender Familie Parmas stammend, ist ein Jüngling mit kräftig entwickeltem Körperbau, 1,78 m hoch; von gut gestaltetem Knochen- und Muskelbau, mit regelmäfsigen Zügen und tadellosem Ernährungszustande; Haut derb, von etwas brauner, im Gesichte rosa-brauner Farbe; Bart dunkelkastanienbraun, Haare fast schwarz, etwas gekräuselt, nicht dicht; Iris hellfarbig; Schleimhäute, soweit sichtbar, rosarot.

Abgesehen von einem papulös-tuberösen Syphilide, das an den Vorderarmen und im Gesichte in Halbkreisen angeordnet ist, lassen sich auf der Haut des Patienten folgende Veränderungen erkennen:

Status präsens (19. März 1893). Links am Halse, einige Centimeter unterhalb des Ohrläppchens befinden sich circa zehn kleine warzenähnliche, unregelmäfsig verteilte, gelb-braun gefärbte, linsen- bis lirastückgrofse Flecke von unregelmäfsiger Form. Dieselben sind wenig erhaben und flach und bestehen in ihrem Centrum aus verhornter und rauher Epidermis, auf der einige spitze und harte Höckerchen stehen, die sich scharf durch einen erhabenen, geschlängelten, trockenen, fast scharfen Rand abgrenzen und sich bei Berührung wie ein Reibeisen anfühlen.

Zwei ähnliche Efflorescenzen befinden sich am Nacken und eine fernere, ziemlich viel gröfsere als jene, vor dem Tragus des linken Ohres, in der kleinen bartlosen Zone.

Geht man von diesem letzteren Punkte nach aufwärts, gegen die Stirn, so gewahrt man weitere warzenförmige Gebilde, circa fünfzehn an der Zahl, welche unregelmäfsig auf der linken Schläfengegend und in ziemlich regelmäfsiger Anordnung auf der oberen Stirnpartie bis zur rechten Schläfe verteilt sind. Sie gleichen den bereits beschriebenen, sind jedoch weniger entwickelt und deshalb auch weniger auffallend. Eine gut sichtbare Plaque von der Gröfse einer Linse und unregelmäfsiger Form befindet sich unterhalb des rechten Ohrläppchens und zwei kleinere, aber gut entwickelte, auf der rechten Halsseite, nahe am Ohr.

An der rechten Ohrmuschel besteht eine kleine warzenförmige Efflorescenz, welche im Grübchen des Antihelix liegt, und eine ähnliche auf dem Bogen des Helix an dessen äufserem und hinterem Teile. Am linken Ohre befindet sich ein ähnliches Gebilde in symmetrischer Lage wieder.

Dieselben Läsionen, wenn auch weniger entwickelt, beobachtet man in der Gröfse eines Hanfkornes bis zu der einer Linse auf den Wangen; sie sind bei etwas brauner Färbung als in ihrer Umgebung kaum sicht-, wohl aber fühlbar infolge ihrer rauhen Oberfläche. Auch bestehen solche

auf dem Nasenrücken, wo sie eine rosa-braune Färbung und ausgesprochenere Rauhigkeit zeigen.

Ebenfalls auf der Haut des Nasenrückens, in dessen Mittellinie und dem knöchernen Gerüste entsprechend erblickt man eine glatte und relativ bleiche Plaque, die wie die anderen durch einen gelbbraunen Rand begrenzt ist und von feinen Venenverästelungen durchsetzt ist, die sich rechts auf die gesunde Haut, über die Plaque hinaus fortsetzen.

Auf der Kopfhaut über dem Tuber parietale sin. befindet sich eine erbsengroſse, etwas erhabene, harte, warzenförmige Bildung von gelblicher Farbe und durchsetzt von normal aussehenden Haaren.

Die wichtigsten und am meisten charakteristischen Läsionen beobachtet man auf beiden Handrücken und der hinteren und inneren Fläche des rechten Vorderarms bis etwas oberhalb des Ellenbogens.

Linke Hand. (Taf. VI, Fig. 4) Efflorescenzen von verschiedener Gröſse, unregelmäſsiger Form und scharf umschrieben durch eine Art von peripherem, ununterbrochenem geschlängelten Wall. Die Färbung schwankt zwischen rosa und weiſslich-rosa bis schmutzig weiſs und ist wenig verschieden von derjenigen der gesunden Haut; sie sind in ihrer ganzen Ausdehnung über die angrenzende Haut erhaben, aber im Centrum, im Gegensatz zum wallartigen Rande, abgeflacht und muldenartig eingesunken, trocken, hart, rauh, ohne Spur von Schuppen oder Krusten, bei der Berührung das Gefühl eines unebenen, hornigen Körpers gewährend. Der periphere Wall, der in allen Efflorescenzen den am meisten in die Augen fallenden, härtesten, trockensten Teil darstellt, ist durchweg gut entwickelt in Form eines sinuösen Kegelstumpfes von einer Höhe bis zu 2 mm, einer basalen Breite bis zu 3 mm, auf der Spitze einen weiſslichen, trockenen, scharfen, hornartigen Grat tragend.

Hinsichtlich der verschiedenartigen Entwickelung des peripheren hornartigen Walles und der Oberfläche der Efflorescenzen selbst lassen sich zwei verschiedene Grade bei den eben beschriebenen Läsionen unterscheiden. Die einen sind nämlich bloſs schwach entwickelt und messen kaum 5—6 mm im Durchmesser, sie sind von der Färbung der umgebenden gesunden Haut, einige etwas tiefer koloriert und weisen in ihrem Centrum stellenweise bloſs stärker ausgeprägte normale Hautfalten auf, worin Haare und Follikelmündungen fehlen, dagegen stellenweise kleine weiſsliche, hornartige, kegelförmige Höckerchen vorhanden sind; durchweg führen sie den peripheren Wall, der hier und da nicht sehr entwickelt, immer aber deutlich ausgebildet ist und von dem feinen, harten Grätchen überragt wird. Andere sind in ihrem Wachstum weiter vorgeschritten und messen 1—2 cm im Durchmesser; sie sind höher, die gröſsten von ihnen im Centrum vertieft, mit stärker ausgeprägtem Walle, trocken und hart wie Horn und rauh anzufühlen. Die in ihrer Ent-

wickelung am weitesten gediehenen und härtesten liegen in den Hautfalten oder in deren Nähe, und zwar an Stellen, wo die Beweglichkeit eine gröfsere ist, so an der hinteren und inneren Fläche des kleinen Fingers nahe bei der Artikulation zwischen erster und zweiter Phalanx, an der Grundphalange desselben Fingers, nahe am Metakarpo-Phalangealgelenk, an der inneren Fläche des Daumens, über dem Interphalangealgelenke, sowie über dem Metakarpophalangealgelenke. Andere, etwas weniger entwickelte Efflorescenzen liegen an anderen Stellen, wie auf der Dorsalfläche der Finger, auf dem Handrücken und der Streckseite des Vorderarms.

Rechte Hand. (Taf. VI, Fig. 3). Die Efflorescenzen sind ähnlich wie an der linken. Auch hier sind die am besten entwickelt, welche den Gelenkgegenden entsprechen; zwei solche befinden sich über den Interphalangealgelenken des vierten Fingers, eine andere neben dem Gelenke zwischen erster und zweiter Phalanx des Zeigefingers, eine vierte etwas oberhalb des Metakarpophalangealgelenks desselben Fingers und eine fünfte in der Nähe des Metakarpophalangealgelenks des Daumens. Andere, kleinere, liegen auf dem Handrücken. Frei von solchen ist an der rechten Hand der dritte, an der linken der zweite Finger.

Ebenfalls auf dem rechten Handrücken sieht man eine weite Fläche, die sich nach oben in Form eines Stranges auf die hintere Seite des Vorderarms bis 2—5 cm oberhalb des Ellenbogens fortsetzt und wo die Haut ein etwas glatteres, feineres Aussehen aufweist, als die angrenzenden Partien und vollständig haarlos ist. (Taf. VI, Fig. 1). Diese Fläche zeigt ein merkwürdiges landkartenähnliches Aussehen und ist genau abgegrenzt durch einen wallartigen, geschlängelten, ausgezackten und unregelmäfsigen Rand, welcher vom Handrücken, 2 cm vom Metakarpophalangealgelenke des dritten und vierten Fingers an eine geschlossene, ununterbrochene Linie bildet, nach oben zieht, den Kubitalrand des Vorderarms streift und 2 bis 5 cm oberhalb des Ellenbogens in entgegengesetzter Richtung umbiegt, indem sie gleichzeitig zackiger wird und sich dem Handrücken wieder zuwendet.

Die beschriebene Fläche mifst in querer Richtung wenig über 2 cm auf dem Handrücken, wird dann viel enger gegen das untere Drittel des Vorderarms zu, wo sie nur noch 1 cm mifst, und zieht sich dann zwischen mittlerem und oberem Drittel des Vorderarms bis auf 6,5 cm in die Breite.

Der Rand zeigt dieselben Merkmale wie an der Peripherie der isolierten Plaques, ist am stärksten entwickelt am Handrücken, wo er eine rosa bis bläuliche Färbung hat und auf der Spitze den sehr gut sichtbaren, hornigen, schmutzig weifsen Grat trägt. Dem mittleren Drittel des Vorderarmes zu wird er fast plötzlich weniger deutlich, besonders

abwärts, um dann in einer den Ellenbogen umkreisenden, 6—7 cm langen Strecke am ausgeprägtesten zu werden.

Dieser Rand bildet den auffallendsten Teil der Läsion, indem der von ihm umschlossene Raum in seiner gröfsten Ausdehnung nur etwas glatter aussieht als die gesunde Haut und keine Haare trägt, dagegen keine Spur von Feuchtigkeit, Schuppen oder Krusten aufweist. Immerhin erblickt man im Innern der Fläche stellenweise kleine weifsliche, spitze, nadelspitzharte Erhabenheiten, ferner kegelstumpfförmige Gebilde von circa 2 mm Durchmesser. An anderen Punkten innerhalb der genannten Fläche befinden sich gröfsere Inselchen von der verschiedensten Form und begrenzt von einem feinen, schmutzigweifsen Rändchen. Aufserhalb dieser Fläche und in der Nähe ihrer äufseren Begrenzungslinie sieht man ähnliche isolierte, von dünnem Walle umgebene Flächen, von denen eine circa in der Mitte des Vorderarms und zwei weitere nach oben gegen den Ellenbogen zu liegen. Endlich befinden sich etwas oberhalb des Oberarms auf der hinteren Fläche des Arms zwei grofse Plaques, welche von einem stark entwickelten Rande umgeben sind und im Zentrum aus dünner und runzeliger Haut bestehen.

Die Beugeseiten der Oberextremitäten, sowie die Palmarflächen der Hände zeigen normales Aussehen. Nur auf dem linken Handteller, auf der Höhe des Hypothenar, nahe am Os pisiforme befindet sich eine Schwiele von der Gröfse einer Bohne, die in nichts von den Gebilden dieser Art abweicht.

Anamnese. Der Beginn der Affektion wurde bemerkt, als der Patient 2 Jahre alt war, ohne dafs irgendwelche andere Störung derselben vorausgegangen wäre oder sie begleitet hätte. Zunächst sah man eine kleine isolierte Scheibe auf dem rechten Handrücken und an der Stelle, wo sich jetzt die grofse Plaque befindet. Von diesem primären Herde aus verbreitete sich die Affektion langsam weiter, und in 3 Jahren hatte sie die ganze Partie des Handrückens und des Vorderarms befallen, die sie heute noch einnimmt, indem sie von jener Zeit an die gleichen Merkmale wie gegenwärtig zeigte. Vom 5. Altersjahre an entwickelten sich an derselben Hand die übrigen isolierten Plaques und im Verlaufe von 9 Jahren erschienen in gröfseren Zwischenräumen noch deren zwei auf der Dorsalfläche des Daumens, drei auf der des Zeigefingers und eine auf der des Goldfingers. Im Alter von 14 Jahren hatten nach und nach alle Läsionen ihre jetzige Ausdehnung erhalten. In der Folgezeit sind dann noch neue am ersten, vierten und fünften Finger, sowie über dem Spatium interosseum zwischen ersten und zweiten Metakarpalknochen aufgetreten.

Gegen das 7. Jahr begannen ähnliche Läsionen sich am linken Handrücken zu bilden, doch zeigte keine von ihnen, wie die primitive

Plaque des rechten Handrückens, die Neigung, sich auszudehnen. Im 14. Jahre bestanden deren fünf auf der linken Hand, wovon drei in der Nähe der Carpus, eine auf dem Daumen und eine an der Grundphalange des dritten Fingers; die übrigen, bereits beschriebenen entwickelten sich in diesen letzten Jahren.

Zur Zeit der Pubertät traten, ziemlich rasch nacheinander, die warzenförmigen Gebilde auf Hals und Gesicht auf, nahmen langsam in den folgenden Jahren an Zahl zu und es scheint auch, dafs bis in die letzte Zeit deren Zunahme noch nicht aufgehört habe.

Die genannten Läsionen auf den Handrücken beginnen als kleine trockene kegelförmige Erhabenheiten, die sich langsam in zentrifugaler Richtung vergröfsern, gleichzeitig im Zentrum einsinken und sich mit einem kleinen erhabenen Saume umgeben, der sich dann stärker entwickelt und sich in unregelmäfsiger Weise in die Peripherie vergröfsert. Diejenigen im Gesichte gaben sich bei ihrem Entstehen als leichte Rauhigkeiten der Haut zu erkennen und scheinen aus der Konfluenz kleinster spitzer Erhabenheiten hervorgegangen zu sein; späterhin machen sie sich selbständiger durch die Bildung eines feinen peripheren Saumes. Versucht der Patient, dieselben mit den Nägeln zu entfernen, so bildet sich die abgetragene Partie rasch wieder und die Plaque verbreitert sich.

Eine im 8. Jahre an der Grundphalange des zweiten Fingers der rechten Hand entstandene Efflorescenz begann, nachdem sie eine bedeutende Ausdehnung erlangt hatte, spontan zurückzugehen und nahm langsam derart ab, dafs im 12. Jahre keine Spur mehr davon zu sehen war. Auch der die grofse Fläche des Vorderarmes umgrenzende Wall scheint seit einigen Jahren sich abzuflachen und an einigen Stellen ohne jede Behandlung langsam zu verschwinden. Von den anderen Läsionen scheint sich der gröfste Teil seit einigen Jahren unverändert zu verhalten; die jüngsten trachten sich zu verbreitern und in ganz langsamer, fast unbemerkbarer Weise prominenter zu werden.

Eine Behandlung wurde niemals versucht. Dem Patienten gelang es, die eine oder andere Plaque zu vertreiben, indem er sie mit dem Messer herausschnitt.

B. hat sich stets der besten Gesundheit erfreut; er giebt an, an keiner anderen Krankheit gelitten zu haben, aufser an Syphilis, die er sich vor 3 Jahren zuzog und die keinen Einfluſs auf den Verlauf der gegenwärtigen Hautkrankheit gehabt hat.

Aus der Familie lassen sich keine hereditären Momente erheben. Ein Bruder, kräftiger 24jähriger Jüngling, den ich ebenfalls zu untersuchen Gelegenheit hatte, zeigt auf den Handrücken zahlreiche Plaques, welche denjenigen unseres Patienten gleichzustellen sind. Bei ihm begann die Krankheit im 8. Lebensjahre und machte sehr langsame Fortschritte.

Ein anderer Bruder hat niemals irgendwelche Zeichen einer ähnlichen Hautaffektion geboten. Die einzige, gegenwärtig im Alter von 12 Jahren befindliche Schwester hingegen zeigt die Handrücken befallen, jedoch erst seit 2 Jahren und nur in geringem Maſse. In letzter Zeit bemerkte auch der 62jährige Vater das Auftreten einiger Plaques, welche denen der Söhne ähnlich sind, auf dem rechten Handrücken.

Am 26. März 1893 excidierte ich auf der Streckseite des linken Vorderarmes nahe am Radio-Karpal-Gelenke einen Teil einer flachen, von feinem und wenig erhöhtem Walle umgebenen Plaque von noch gering ausgesprochenem keratotischen Aussehen. Das Stück wurde zur histologischen Untersuchung in Sol. Flemming fixiert, die Wunde mit dem Paquelin gründlich kauterisiert und diese Kauterisation auch auf die anderen Teile der Plaque ausgedehnt; Heilung mit Eiterung nach 14 Tagen. 2 Monate später hatte sich bereits auf der Narbe eine der früheren ähnliche, aber etwas kleinere Plaque ausgebildet.

Am 11. April entfernte ich eine kleine, circa 4 mm breite, aber erhöhte Plaque von stark keratotischem Aussehen aus dem linken Handrücken nahe am Ulnarrande (Fixation in absolutem Alkohol) und eine zweite etwas über 1 cm breite, flache, mit stark entwickeltem Walle aus dem Dorsum derselben Hand nahe am Radialpulse, wovon die eine Hälfte in Sol. Flemming, die andere in Alkohol fixiert wurde. Die Wunden vereinigte ich durch Naht und unter Anwendung der Antiseptik; dennoch erfolgte die Vernarbung erst per secundam nach circa 10 Tagen. Die Narben, zumal diejenigen in der Nähe des Pulses, fielen etwas hypertrophisch aus, doch zeigte sich 3 Monate nach der Excision keine Andeutung eines Recidivs.

Am 18. Juni excidierte ich am rechten Vorderarm ein Stückchen Haut, das einen Teil der groſsen Fläche mit dem peripheren Walle enthielt; Naht und Heilung per primam in kurzer Zeit. 1 Monat später hatte sich die entfernte Partie vollständig und in genau derselben Weise wieder gebildet, so daſs die Kontinuität dieser sonderbaren Bildung wieder genau hergestellt ist.

2. Fall. — Peter Rossi, 62 Jahre alt; verheirateter Arbeiter aus Parma; von hoher Gestalt (1,80 m), regelmäſsigem Knochen- und Muskelbau, aber etwas mangelhaftem Ernährungszustande. Haut von etwas blasser Farbe, graue Kopf- und Barthaare, helle Iris, sichtbare Schleimhäute blaſs.

Status präsens (12. Mai 1893). — Auf dem Vorderhaupt, wo die Haut fast haarlos ist, erblickt man zahlreiche (etwa dreiſsig) disseminierte Plaques von fast kreisrunder Form, verschiedener Gröſse (4 mm bis 1 cm Durchmesser), die sich durch ihre schmutzig gelbe Farbe von der übrigen gesunden Haut, sowie dadurch auszeichnen, daſs sie durch einen feinen braunen, leicht erhöhten, geschlängelten Saum begrenzt werden. Diese

Plaques sind abgeflacht, mit kleinen Erhabenheiten im Zentrum, welche den Follikelmündungen entsprechen; sie sind trocken und tragen keine Schuppen; bei Berührung fühlen sie sich, zumal am peripheren Walle, rauh an. Meist tragen sie keine Haare oder nur einige wenige ganz dünne, besonders an den Stellen gegen das Hinterhaupt zu, wo die beginnende Kahlheit des Patienten viel weniger ausgesprochen ist.

Ähnliche Formen, wie die eben beschriebenen, nur weniger zahlreich vertreten, findet man auf der Stirn, auf den Schläfen und in dem haarlosen Bezirke vor den Ohrmuscheln. Diese sind weniger scharf umschrieben als die auf dem Haarboden und zeigen eine rot-braune oder dunkelbraune bis violette Färbung; auch sie zeichnen sich aus durch grofse Trockenheit und Rauhigkeit bei der Berührung. Ein genau ringförmiges Gebilde bemerkt man über der Apophysis mastoidea, andere am Nacken.

Auf den Handrücken und der Streckseite der Vorderarme, auf dem Fufsrücken und den äufseren vorderen Regionen der Beine bestehen zahlreiche, unregelmäfsig disseminierte Plaques, die sich nicht wesentlich von den beschriebenen unterscheiden; doch sind sie im allgemeinen besser entwickelt, haben einen dickeren, höheren und von einem dünnen Grate überragten hornartigen Wall; im Zentrum sind sie flach oder vertieft, trocken und uneben, ohne Spur von Knäuel- oder Haarbalgdrüsenmündungen. Die höchsten finden sich hauptsächlich auf der Dorsalfläche der Finger (sowie auch in der Nagelfurche des zweiten und dritten Fingers der rechten Hand); einige davon weisen eine ziemlich geringe Breite auf im Vergleiche zu ihrer Höhe und gewähren auf den ersten Blick das Bild gewöhnlicher harter Warzen der Hände. Bei näherer Betrachtung jedoch weichen sie nicht wesentlich von den weniger prominenten ab; denn auch hier findet man den peripheren keratotischen, schief abfallenden, wallartigen Saum von 2 bis 3 mm Höhe wieder; aus dem Raume, den dieser umschliefst, erhebt sich ein hornartiges, kegelstumpfförmiges, genau abgegrenztes Gebilde, das nach aufsen von einer hornigen, blattartigen, unabhängigen Scheide umgeben zu sein scheint. (Siehe Taf. VI, Fig. 2).

Dieses Blättchen, welches den höheren Gebilden das Aussehen von kleinen Hauthörnchen giebt, zeigt eine ähnliche Beschaffenheit wie die dünnen Grätchen, welche die Spitze des peripheren Walles auf den mehr flachen Plaques überragen; davon kann man sich überzeugen, wenn man die verschiedenen, Zwischenformen darstellenden Bildungen unter sich vergleicht.

Im übrigen tritt in allen Effloreszenzen der Grenzsaum besonders deutlich hervor, und nur die zentralen Partien erweisen sich bei einigen als abgeflacht und glatt wie die normale Haut.

Alle haben ihren Sitz auf der Streckseite der Extremitäten mit Aus-

nahme von dreien, die in ihrer Entwickelung sehr zurückgeblieben und auf der Beugefläche des rechten Vorderarmes liegen, sowie von drei anderen, stark vorspringenden harten auf der palmaren Fläche der Finger der rechten Hand.

Die beschriebenen Veränderungen haben niemals die leichtesten subjektiven Beschwerden verursacht.

Anamnese. Der Patient versichert, dafs die gegenwärtige Hautaffektion im Jahre 1886, zu einer Zeit, wo er unter dem Eindrucke schwerer Gemütsaffekte gestanden, sich zu entwickeln begonnen habe. Wie es scheint, sind zuerst die Plaques auf dem Haarboden aufgetreten, dann diejenigen an den Händen und Vorderarmen und zuletzt diejenigen der Unterextremitäten; alle hatten einen äufserst langsamen Verlauf und verursachten weder subjektive noch objektive, auf die Haut oder andere Organe bezüglichen Erscheinungen. Eine etwas schwere Pleuritis, von der Patient in den letzten 7 Jahren befallen wurde, war die einzige wichtigere Krankheit in seinem Leben und war nicht von geringstem Einfluſs auf die Entwickelung der gegenwärtigen Hautaffektion. Es darf absolut ausgeschlossen werden, dafs je in der Familie eine ähnliche Hautkrankheit vorgekommen ist.

Eine Behandlung irgendwelcher Art wurde niemals versucht. Am 18. Mai 1893 entfernte ich vom rechten Handrücken eine kleinere warzenförmige, bedeutend erhöhte und harte Exkrescenz und fixierte sie in Flemmingscher Lösung zur histologischen Untersuchung.

3. Fall. Ludwig Folli, 28 Jahre alt, unverheiratet, Tischler, von Parma. Individuum von mittlerer Statur und regelmäfsigen Formen, in gutem Ernährungszustande; Haut braun, Haare schwarz und kraus.

Patient zeigt auf beiden Hand- und Fufsrücken zahlreiche keratotische, flache Efflorescenzen mit deutlich ausgesprochenem peripheren Saume und hornigen Grätchen auf der Spitze, im Gesichte sind dieselben noch zahlreicher, aber weniger entwickelt; alle sind denen des Patienten Bozzani vollkommen ähnlich.

Patient hat sich immer der besten Gesundheit erfreut. Die beschriebenen Veränderungen auf der Haut begannen ungefähr im 7. Jahre aufzutreten und nahmen in den folgenden Jahren an Zahl langsam zu; seit einigen Jahren bilden sich keine neuen mehr und die alten scheinen in einen stationären Zustand getreten zu sein.

Keine hereditären Momente; in der Familie zeigt kein anderes Mitglied eine ähnliche Affektion.

Folli hat sich ein einziges Mal, am 15. Juli 93, in der Poliklinik vorgestellt.

II. Histologie.

Die histologische Untersuchung wurde an Hautstücken vorgenommen, die dem Lebenden entnommen und sofort in fixierende Flüssigkeiten

(siehe Krankengeschichten) gebracht und von da in Celloidin oder Paraffin eingeschlossen und mikrotomiert wurden.

Zum besseren Verständnis zähle ich hier die zur Untersuchung gelangten Hautstücke auf:

1. Vom Patienten Bozzani: a) circa 10 Jahre alte Efflorescenz vom linken Handrücken mit ausgesprochener keratotischer Ausbildung; wurde samt einem Stückchen gesunder Haut entfernt; die eine Hälfte wurde in Flemmingscher Chrom-Osmium-Essigsäure-Lösung, die andere in absolutem Alkohol fixiert. — b) Teile einer frischeren Plaque vom linken Vorderarm nahe am Radialpulse; Keratose weniger ausgesprochen; typischer peripherer Wall, der aber nicht sehr vorspringend ist; Fixation in Flemmingscher Lösung. — c) Warzenförmige Erhabenheit, vor cirka 2 Jahren auf dem Ulnarrande der Hand entstanden; Fixation in absolutem Alkohol. — d) Stücke Haut aus der grofsen Fläche am rechten Vorderam samt peripherem Walle und einem Stück eingeschlossener Partie; Fixation in absolutem Alkohol

2. Vom Patienten Rossi: stark ausgesprochene verhornte Erhabenheit vom rechten Handrücken in der Nähe des Ulnarrandes; Fixation in Flemmingscher Lösung.

Von den angeführten Hautstücken wurden vollständige senkrechte Schnitte gemacht, so zwar, dafs ein jeder die ganze zentrale Partie der Efflorescenz mit dem peripheren Walle und einem Theile der angrenzenden Haut umfafste. Von dem Stücke a) des — Bozzani — wurden ferner mit der Oberfläche parallele Schnitte gemacht.

Die in Flemmingscher Lösung fixierten Schnitte wurden mit Safranin, die mit Alkohol behandelten mit verschiedenen Karminlösungen, sowie mit Böhmerschem Hämatoxylin gefärbt.

Die histologischen Veränderungen in den verschiedenen Präparaten beziehen sich auf alle Strata, besonders aber auf die Epidermis und von dieser speziell auf das Stratum corneum in allen seinen Teilen.

Den höchsten Grad der Veränderung bemerkt man an den Randpartien der exstirpierten Stücke. Im allgemeinen läfst sich jedoch, in Anbetracht des Befundes im Zentrum der Efflorescenzen, sagen, dafs überall ein gewisser Grad von Hyperkeratose vorhanden ist, welche nur wenig ausgesprochen ist in den sehr abgeflachten und klinisch wenig vorgeschrittenen Formen, sehr bedeutend hingegen in den mehr erhabenen und mit einem kräftigen peripheren Walle versehenen.

Die Hyperkeratose giebt sich kund durch eine besondere Verdickung des Stratum corneum medium und des Stratum lucidum, und durch die Persistenz einer reichhaltigen Ablagerung von oberhalb der kompakten Zone des oberflächlichen Stratums abgelagerten hornigen Lamellen. (Taf. VI, Fig. 2, und Taf. VII, Fig. 5, 6, 8, 10).

Das hypertrophische Stratum corneum folgt mit allen seinen Bestandteilen, entsprechend den Einsenkungen der malpighischen Zapfen, dem wellenförmigen Verlaufe des ebenfalls hypertrophischen Stratum granulosum (Taf. VII, Fig. 7); wo die Zapfen sehr verlängert sind, senkt sich die Hornschicht ebenfalls tief in dieselben hinab. (Taf. VII, Fig. 10).

Sehr instruktiv gestaltet sich die Untersuchung des Stratum corneum in denjenigen Hautstücken, welche mit Flemmingscher Lösung fixiert und mit Safranin gefärbt worden waren. In der Zone, welche die Efflorescenz umgiebt, setzt sich nämlich dasselbe zusammen: 1. aus einer hellen, farblosen, sehr durchsichtigen Zone (Stratum lucidum), die gebildet wird von zwei Reihen dicker, spindelförmiger, mit zur Hautoberfläche parallel verlaufender längerer Achse und dicken, etwas gefalteten, lichtbrechenden Umrissen; viele derselben führen im Zentrum einen glänzenden, den Kern andeutenden Punkt; 2. aus einer dicken, wellenförmigen, ebenholzschwarzen Zone, dem eigentlichen Stratum corneum. Dieselbe grenzt sich sehr scharf gegen das Stratum lucidum ab, während sie nach oben etwas verwischt und ausgefranzt und von einer unregelmäfsigen Lage zum Teil abgetrennter, gelbbraun gefärbter Hornhautschichten bedeckt ist, in denen man aber durchwegs die Zellnatur der Elemente unterscheiden kann.

Je mehr man sich dem peripheren Walle der Efflorescenz nähert, wird in einer Entfernung von drei bis vier interpapillären Fortsätzen vom Walle das Stratum corneum rasch in allen seinen Teilen dicker und bleibt durch die ganze Ausdehnung der Plaque hypertrophisch, im höchsten Grade jedoch unter dem Walle selbst, sowie im Inneren der Plaques an den Stellen, wo andere hornige Erhabenheiten bestehen (siehe Krankengeschichten).

In erster Linie erscheint das Stratum lucidum verdickt, das von drei, an vielen Stellen von vier oder fünf Reihen voluminöser, polygonaler Zellen zusammengesetzt ist, von denen einige die Andeutung eines Kerns, viele einen schönen ovalen färbbaren Kern und fein granuliertes Protoplasma aufweisen (starke Vergröfserung). Was aber am meisten auffällt, das ist, dafs sich die aufliegende einfache schwarze Zone in zwei teilt, von denen eine jede so dick ist als die erstere vor der Teilung; diese zwei dichten Zonen grenzen, indem sie sich immer mehr voneinander entfernen, einen klaren, durchsichtigen, farblosen Raum von verschiedener Dicke ein. Dieser klare Raum, der an einigen Stellen fünf oder sechsmal so dick ist wie die angrenzenden schwarzen Zonen, besteht aus verhornten, polygonalen abgeplatteten, scharf konturierten Zellen mit rudimentärem Kerne und von demselben Aussehen wie die normalen Zellen der mittleren Hornschicht des Handtellers. Man hat, mit einem Worte, die Wiedergabe des Typus

A der Verhornung nach ZANDER,[1] der normalerweise in der Palma manus und pathologisch in vielen Keratomen vorkommt; man erkennt somit, dafs die keratoide Neubildung eine Folge besondes der übermäfsigen Entwickelung der mittleren Hornschicht darstellt. (Taf. VI, Fig. 2, und Taf. VII, Fig. 5, 6, 8).

Oberhalb der oberflächlichen schwärzen Zone liegt eine im Vergleiche zu den Zellen aufserhalb der Grenzen der Plaque mächtigere Schicht gelockerter, zum Teil mit Safranin gefärbter Hornzellen mit granuliertem Protoplasma und deutlichen Spuren eines Kerns.

Die mittlere Hornschicht ist besonders stark entwickelt am peripheren Walle (wie später mitgeteilt werden wird), sowie im allgemeinen überall da, wo die verschiedenen Schichten der Hornhaut sich bedeutender zwischen die malpighischen Zapfen hinein vertiefen. An diesem Herabsteigen (UNNA) beteiligt sich besonders das Stratum lucidum mit der schwarzen superbasalen Zone, in geringerem Grade die oberflächliche schwarze Schicht. Da aber auch diese den Einsenkungen der darunterliegenden Schichten folgt, entsteht auch an der äufseren Seite eine schwarze wellenförmige Linie, deren Einsenkungen von der oben angeführten Schicht losgerissener und teilweise mit Safranin gefärbter Hornlamellen ausgefüllt, gleichsam mit der Wasserwage abgemessen sind.

Zu bemerken ist noch, dafs dieser hyperkeratotische Zustand sich an einigen Stellen auf kurze Strecke über den randständigen Wall hinaus fortsetzt, und hier nähern sich die Einsenkungen der Hornschicht mit den soeben angeführten Besonderheiten und werden regelmäfsiger (Taf. VII, Fig. 8).

Diese Veränderungen des Stratum corneum lassen sich an allen von der älteren Plaque aus dem linken Handrücken des Bozzani gemachten Präparaten nachweisen. In der anderen, weniger entwickelten Efflorescenz am Vorderarm desselben Patienten ist die Hyperkeratose viel weniger ausgesprochen. Auch hier teilt sich die schwarze Zone, welche die ganze eigentliche Hornschicht oberhalb des Stratum lucidum (das hier nicht verdickt erscheint) darstellt, in zwei distinkte Zonen. Aber sowohl die aus der Teilung hervorgegangenen zwei schwarzen Zonen, wie der von ihnen umschlossene helle Raum sind ziemlich dünn, und der letztere ist aus geschichteten und zusammengedrückten, aufserdem aus den gut entwickelten Hornzellen der mittleren Hornschicht nach ZANDERS Typus A zusammengesetzt. Die Veränderung nimmt plötzlich an Intensität bedeutend zu am peripheren Walle, wo das Bild sowohl in substantieller Richtung, als beinahe auch dem Grade nach dem bereits beschriebenen

[1] ZANDER, Untersuchung über Verhornung. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* pag. 51. 1888.

in den Schnitten der stärker entwickelten Plaques ähnlich wird. (Taf. VII, Fig. 9).

In der frischeren warzenförmigen Bildung am Ulnarrand der linken Hand desselben Patienten ist die ganze Hornschicht in fast gleichmäfsiger Weise hypertrophiert ohne Unterschied zwischen Zentrum und Peripherie; auch ist mehr wie anderswo das Herabsteigen des hypertrophischen Stratum corneum in die verlängerten Zapfen des Rete Malpighii ausgesprochen.

Die stärkste Entwickelung des Stratum corneum aber beobachtet man in der hornartigen Bildung vom Patienten Rossi; die Photographie, die ich hier vorlege, giebt davon eine bessere Idee als irgend eine andere Beschreibung (Taf. VI, Fig. 2). In derselben erreichte die hornartige, hauptsächlich aus mittlerem Stratum zusammengesetzte Neubildung acht bis neun mal die Höhe des darunterliegenden Stratum Malpighii. An Stelle einer einfachen schwarzen Zone erblickt man auf der Spitze des kleinen Kegelstumpfes zwei dicke unregelmäfsige und verwischte Streifen, die einen gelbbraunen Raum umgrenzen, der aus gut erhaltenen und wie diejenigen des mittleren Stratum mit einem Kerne versehenen, verhornten Zellen besteht.

Im Stücke Haut endlich, das aus der grofsen Fläche am rechten Vorderarm des Patienten Bozzani entfernt wurde, besteht, abgesehen vom peripheren Walle und einigen kleinen punktförmigen Erhabenheiten gar keine Hyperkeratose, dagegen aber eine gewisse Verschmälerung des Stratum corneum, wie überhaupt auch die anderen Strata atrophisch sind.

Selbstverständlich steht auch das Rete Malpighii unter der Wirkung dieser Veränderungen im Stratum corneum. Betrachten wir in erster Linie die relativ frische warzenähnliche Bildung vom Ulnarrande der linken Hand des Patienten Bozzani (Taf. VII, Fig. 7), so finden wir, dafs das Stratum mucosum wie die Hornschicht bedeutend hypertrophisch ist und dafs sich diese Hypertrophie eine kleine Strecke weit, unter stetiger Verschmälerung, über die Läsion hinaus fortsetzt. Diese Partie ist in ihrer Gesamtheit verdickt, so dafs sie zwei oder dreimal die normalen Mafse übersteigt. Sie senkt sich mit langen einfachen, meist konischen und in abgerundete Spitzen endenden Fortsätzen in die Tiefe.

Einige von diesen Fortsätzen sind dünn und zusammengepresst, andere hingegen sehr dick, und man sieht deutlich, dafs sich diese letzteren nach der Tiefe in einen Schweifsdrüsenkanal fortsetzen, der durch sie hindurch zieht und zwar in einer besonderen Weise, die wir weiter unten beschreiben werden. (Taf. VII, Fig. 7).

Ueber einem in solcher Weise veränderten Stratum Malpighii beschreibt die Hornschicht auf deren unteren Seite eine unregelmäfsig wellenförmige Linie, deren Einsenkungen in den Körper der Zapfen einzudringen suchen. Man erblickt demnach in vielen Punkten eine getreue Wiedergabe der Abbildung im Schema IIa von Unna (Fig. 1); dieselbe Anordnung

findet man nach UNNA in den meisten harten Warzen die seit längerer Zeit bestehen.[2]

An vielen Stellen steigt die Hornschicht bis fast zur Spitze der malpighischen Zapfen hinunter; hier sind dann die Zellen zusammengedrückt und auf wenige Schichten reduciert. Wir haben deshalb hier einen viel weiter vorgeschrittenen Process als in den vorherbeschriebenen Präparaten und denjenigen Zustand vor uns, den UNNA als „atrophisches Herabsteigen der Hornschicht" beschreibt und den er in seinem Schema IIb als Terminalstadium der harten Warze abbildet. (Fig. 2).

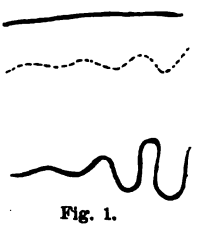


Fig. 1.

Dieses atrophische Herabsteigen der Hornschicht findet sich allein in den drüsenhaltigen malpighischen Fortsätzen und folgt dem Verlaufe der Knäueldrüsengänge in der Epidermis.

Fig. 2.

Betrachtet man genauer die histologischen Einzelheiten, so wird einem sofort klar, dafs das Rete Malpighii in einem ersten Stadium stark wuchert und dafs erst in einer vorgeschrittenen Periode diese Wucherung nachläfst; die Zellen der Stachelschicht weichen dann den sich in die Zapfen einsenkenden Hornzellen oder sie verfallen bereits in den untersten Schichten einem frühzeitigen Verhornungsprocefs.

Wo nämlich das atrophische Herabsteigen der Hornschicht nicht besteht, wird das Rete Malpighii von grofsen, färbbaren mit gut entwickelten Kernen versehenen Stachelzellen und von einer typischen cylinderzelligen Basalschicht gebildet. Auch hier ist das Stratum granulosum gewuchert und präsentiert sich in den mit Hämatoxylin gefärbten Präparaten in typischer Weise zusammengesetzt aus fünf (an einigen Stellen aus sieben bis acht) Reihen dicker, zugespitzter Zellen, die nach unten hin unmerklich mit denen der Stachelschicht verschmelzen. Hier hingegen senkt sich das Stratum corneum tief in die Retezapfen hinein, das Stratum granulosum setzt sich in dieselben fort, indem es allmählich dünner wird und unmerklich in der Spitze der Zapfen verschwindet, wo nur noch einige Schichten zelliger Übergangsformen, aber keine Spur typischer Retezellen mehr vorkommen.

In der weniger entwickelten Efflorescenz (1^b) ist das Corpus Malpighii nur noch wenig hypertrophisch und zwar entsprechend der geringeren Hypertrophie in der Hornschicht. Dasselbe zeigt kein gleichmäfsiges Aussehen: an vielen Stellen führt es einander nähergerückte, breite interpapilläre Fortsätze mit abgerundeter Spitze, welche kaum deutlicher er-

[2] UNNA, Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* S. 255. 1883.

scheinen als aufserhalb der Efflorescenz. Zwischen solchen Fortsätzen sieht man jedoch einige enorm in Länge und Breite (zwei oder drei mal so grofs wie die benachbarten) gewucherte, welche von einem Schweifsdrüsengang durchzogen werden und in welchen die hypertrophische Hornschicht bis auf die tiefsten Partien hinuntersteigt und zwar unter bestimmten Veränderungen, die wir im folgenden beschreiben werden. Diese letzteren entsprechen durchwegs dem peripheren Saume einige jedoch auch den zentralen Partien der Efflorescenz. (Taf. VII, Fig. 7, 10).

In der hornartigen Bildung vom Patienten Rossi, wo die Hyperkeratose den höchsten Grad erreicht hat, finden wir ebenfalls deutliche Zeichen einer vorhergegangenen Wucherung des Rete Malpighii, welches zahlreiche zum Teil sehr lange und verästelte Fortsätze aussendet. Doch sieht man deutlich, dafs genannte Wucherung dann stillgestanden und darauf das Rete in seiner Gesamtheit infolge der Kompression durch die daraufgelagerten Hornmassen atrophisch geworden ist. In der That findet man auch unter dem dicken schwarzen Streifen der superbasalen Hornschicht (Präparate in Flemmingscher Lösung) und unter dem deutlich sichtbaren und hypertrophischen Stratum lucidum kein eigentliches Stratum granulosum (welches übrigens unkenntlich geworden infolge der Behandlung des Präparates mit Flemmingscher Lösung), sondern einige Lagen wenig oder gar nicht gefärbter Zellen mit stark reduciertem Kerne und undeutlichen Konturen, indem die Zellen untereinander verschmolzen sind. Eine Stachelschicht als solche existiert nicht, und die mittlere Schicht des Rete wird dargestellt durch zwei oder drei Reihen wenn auch noch weicher und färbbarer, so doch undeutlich konturierter, bedeutend abgeflachter und parallel zur Hautoberfläche verlängerter Zellen. Auch in den Zapfen, welche die Zeichen einer abgelaufenen Wucherung tragen, sind die Retezellen verkleinert und im Sinne der Zapfenachse ausgezogen; es gelingt auch nicht, Bilder indirekter Kernteilung zu entdecken. Jedenfalls erblickt man auch in diesem Falle die Zeichen hochgradigster Atrophie an den Stellen, wo die untere Grenzlinie der Hornschicht Ausbuchtungen bildet und mit der mittleren Schicht in die malpighischen Zapfen eindringt, wo man, obgleich nicht so deutlich wie in den anderen Fällen, den Verlauf eines hyperkeratotischen Knäueldrüsenganges erkennen kann. (Taf. VI, Fig. 2).

Auch in der älteren Efflorescenz (1ª) läfst sich an dem Rete Malpighii eine beginnende Atrophie erkennen, und zwar darf man annehmen, dafs dieses Stadium auf ein primäres hypertrophisches gefolgt ist. Während nämlich die interpapillären Fortsätze in einigen Punkten fast vollständig verschwunden sind und die übrig gebliebenen auf dünne Streifchen mit verwaschenen Zellen ohne Spur von Mitose reduciert sind, behält das Rete in seiner Gesamtheit von der Norm wenig differierende Dicke und

plumpe Disposition bei, mit gut entwickelten Retezellen und einem durch zwei oder drei Reihen dicker, normal aussehender, stellenweise auch durch fünf oder sechs Reihen mit charakteristischen Körnchen und hellem bläschenförmigen Kerne versehener Zellen vertretenem Stratum granulosum.

Bis zu einem gewissen Grade deckt sich dieser Befund mit dem Unnaschen Schema IIc (Fig. 3), welches für die Schwiele und den beginnenden Clavus sowie für kleine Hauthörner charakteristisch ist. Nur ist hier, im Gegensatze zu den von Unna beobachteten Fällen, die Hornschicht noch nicht in Flächenform angeordnet, sondern hypertrophiert und erhebt sich, wie bereits gesagt, einerseits über dem atrophierenden Stratum Malpighii während es sich anderseits an vielen Stellen in die Zapfen einsenkt wie im Schema IIb, und zwar merkwürdigerweise fast durchwegs in diejenigen, die einem Knäueldrüsengang entsprechen. (Taf. VII, Fig. 10).

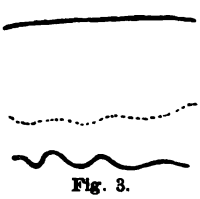


Fig. 3.

In dem Hautstücke endlich, das aus der grofsen Plaque am rechten Vorderam des Patienten Bozzani excidiert wurde (welche das Endstadium des Processes darstellt), ist das Rete Malpighii deutlich atrophisch, wenn man es mit demjenigen der angrenzenden gesunden Haut vergleicht. Dasselbe wird durch eine dünne, fast gleichmäfsige Linie dargestellt, die fast keine eigentlichen interpapillären Fortsätze aufweist und nur von seltenen papillären Erhebungen unterbrochen wird. Diese Linie ist gebildet aus fünf oder sechs, höchstens sieben oder acht Reihen verkleinerter und komprimierter Zellen. Die mächtigste dieser Reihen ist kaum als ein Überrest des Stratum granulosum erkennbar. Doch ist auch in diesem Falle stets das übliche atrophische Herabsteigen der Hornschicht erkennbar, und zwar nicht nur in der Schnittlinie des peripheren Walles sondern auch im atrophischen Bezirken innerhalb desselben; dasselbe beobachtet man ganz vereinzelt und ausnahmsweise an einigen Stellen bleibender Hyperkeratose und längs dem Verlaufe der Schweifsdrüsenkanäle innerhalb der Epidermis.

Indem wir den histologischen Befund in der Epidermis der verschiedenen excidierten Stücke zusammenfassen, können wir vorläufig folgende für die Erklärung des krankhaften Processes aufserordentlich wichtige Punkte aufstellen:

1. In allen den verschiedenen Formen haben wir bei unseren Patienten eine abnorme Bildung von Hornzellen, welche, bevor sie in Form von Schuppen abfallen, sich übereinander anhäufen kraft ihrer (pathologischen) Eigenschaft, sich enger als unter normalen Verhältnissen untereinander zu verbinden; es kommt demnach zu einer wahren Hyperkeratose, welche zur Bildung einer circumskripten Hornmasse, eines Keratoms führen.

2. Diese Hyperkeratose ist keine reine oder primäre Hyperkeratose

im Sinne UNNA's, sondern es geht ihr voran oder begleitet sie eine Hyperakanthose.

3. In einem vorgeschrittenen Stadium hört die Hyperkeratose auf und der Malpighische-Körper wird unter dem Drucke des bereits gebildeten Keratoms atrophisch.

4. Die Hyperkeratose beeinflufst in hohem Grade die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen und ihrer angrenzenden Partien.

Bevor wir zu anderen Auseinandersetzungen schreiten, müssen wir diesen letzteren unter 4⁰ angeführten Punkt in seinen Einzelheiten einer genaueren Betrachtung unterziehen. Dieser Punkt ist nämlich für uns der wichtigste, indem er das fundamentale anatomische Merkmal des in Untersuchung stehenden Processes bildet.

Wir haben bereits gesehen, dafs die Hyperkeratose in allen Präparaten am stärksten an den beiden Punkten entwickelt ist, die sich in der Schnittlinie des peripheren Walles der Efflorescenzen befinden. Wenn wir nun die Präparate der älteren Plaque (1 ª), besonders die in Flemmingscher Lösung fixierten, in der Schnittlinie des peripheren Walles betrachten, so finden wir eine mächtige Verdickung der Hornschicht, die in ihren unteren Schichten eine trichterförmige, mit der Spitze nach der Cutis gekehrte (Taf. VII, Fig. 6) Einsenkung bildet, während sie sich mit den oberen in umgekehrter Richtung erhebt, und zwar sowohl nach aufsen als nach innen von der Plaque, so dafs auf deren Ebene eine breitere konische Erhabenheit mit kraterförmiger, abgestumpfter Spitze entsteht. Die Axe der so entstehenden unregelmässig doppelkonischen Figur wird von einem dicken Strange Hornsubstanz durchzogen, der aus der kraterförmigen Spitze des oberflächlichen Kegelstumpfes hervorragt und sich in die untere trichterförmige Einsenkung vertieft, um mit dem darunterliegenden Rete Malpighii beinahe zu verschmelzen.

Dieser Strang von Hornsubstanz läfst sich deutlich vom hypertrophischen Stratum corneum unterscheiden, in welches er wie eingesteckt und nach Art eines Stöpsels eingestofsen erscheint. Nach oben erhebt er sich in der Form eines Federbusches (in einigen Präparaten deutlicher entwickelt als in der Figur 6) auf der freien Oberfläche der Hornschicht, die sich bogenförmig mit dessen seitlichen Partien verflechtet. Offenbar stellt dieser Federbusch den senkrechten Schnitt jenes hornartigen Grätchens dar, das wir auf der Spitze des peripheren Walles aller Efflorescenzen deutlich ausgebildet sahen.

Sehen wir genauer nach, so finden wir, dafs sich die einzelnen Zonen der Hornschicht in den Pfropfen hinein fortsetzen, jedoch infolge unvollkommener Verhornung etwas verschieden aussehen.

In den mit Alaunkarmin gefärbten Schnitten von in absolutem

Alkohol fixierten Hautstücken derselben Plaque (1 a) sieht man nämlich, dafs auch der Pfropfen aus übereinandergelagerten, stark wellenförmigen Hornlamellen besteht, welche die Fortsetzung derjenigen in der angrenzenden Hornschicht bilden. Sein Verlauf wird deutlich markiert durch eine grofse Zahl dicker, stark färbbarer Granulationen, welche eine in der Richtung der Hornlamellen abgeflachte ovale Form zeigen und wie reducierte Zellkerne aussehen.

In den mit Flemmingscher Lösung fixierten und mit Safranin gefärbten Präparaten erkennt man, dafs der emporragende Teil des Pfropfens (der sog. „Federbusch") aus dicken gelbbraunen, durch das Safranin zum Teil ziegelrot gefärbten Lamellen besteht. Gegen die Basis des Federbusches hin setzen sich dieselben in ähnliche abgetrennte, über der schwarzen oberflächlichen Zone der angrenzenden Hornschicht liegenden Lamellen fort. Die kompakte Zone der oberflächlichen Hornschicht geht an der Basis des Federbusches in den Pfropfen über (Taf. VII, Fig. 6); hier aber verändert sie sich, indem sie plötzlich weniger kompakt wird und sich ihre ebenholzschwarze Farbe in zum Teil durch Safranin gefärbtes Gelbbraun verwandelt. Der Teil des Pfropfens, welcher durch die mittlere Hornschicht zieht, bleibt unverändert rosarot gefärbt; in demselben sind keine Zellkonturen erkennbar, welche so scharf ausgeprägt sind in der angrenzenden farblosen mittleren Hornschicht. Auch die untere schwarze Zone der basalen Hornschicht samt dem Stratum lucidum (die beide stark verdickt sind) erscheinen wie plötzlich an den Seitenpartien des Pfropfens abgebrochen; dieser zeigt hier eine tiefbraune Färbung, welche sich nach oben von der rosaroten Zone scharf unterscheidet, um nach unten hin allmählich braun-gelblich zu werden. Hier endet der Pfropfen unmerklich in gelbliche, undurchsichtig granulöse, unvollkommen verhornte Zellen, welche mit denjenigen des darunterliegenden Rete Malpighii verschwimmen.

Betrachtet man die einzelnen Präparate der eben beschriebenen Plaque, die eine der älteren Läsionen des Patienten Bozzani darstellt, so läfst sich nicht leicht erklären, wie sich das hornartige Grätchen des peripheren Walles und infolgedessen auch des hornartigen Pfropfens gebildet hat, den dasselbe bei Betrachtung der Schnitte in den verschiedenen Präparaten aufweist.

Hier ist das Herabsteigen der Hornschicht sowohl im genetischen wie im spezifischen Sinne eines „atrophischen Herabsteigens" im höchsten Grade ausgebildet; an den Stellen, welche diese Erscheinung am deutlichsten aufweisen (d. h. am Walle), ist das Stratum Malpighii aufserordentlich reduciert und weist, bevor es sich nach unten in Form eines konischen Fortsatzes verlängert, eine starke Depression in umgekehrter Richtung auf. Dieser Depression entspricht eine Emporwölbung der

Papillarschicht, welche, wie eine die aufgelagerte hornartige Neubildung ernährende Papille, mit dicken Gefäfsen versehen ist.

Doch giebt es unter den vielen Präparaten dieser Plaque solche, worin der Hornpfropfen eine geschlängelte Linie beschreibt, oder auch solche, worin derselbe der Länge nach von einem freien, kanalförmigen Raume durchzogen wird. Auch ist in einigen Präparaten, an der Basis des Hornpfropfens, deutlich ein wohlausgebildeter, von einem mit bereits verhornten Wandungen versehenen Knäueldrüsenkanal durchzogener Malpighischer Zapfen sichtbar. (Taf. VII, Fig. 5.)

In den parallel zur Hautoberfläche geführten und mit Alaunkarmin gefärbten Schnitten derselben Efflorescenz sieht man deutlich eine zusammenhängende breite Zone Hornschicht, welche dem vollständigen parallelen Schnitte des peripheren Walles entspricht. Längs der Mittellinie dieser hornartigen Zone zieht, einem Bächlein ähnlich, ein rosaroter Streifen, von ungleichmäfsiger Breite und bestreut von einer grofsen Menge dicker roter Körnchen; derselbe erscheint an mehreren Stellen als aus dem Zusammenschmelzen verschiedener distinkter Körnchenhaufen hervorgegangen, in deren Zentrum eine kleine Lichtöffnung besteht, welche den Querschnitt eines verengerten Kanals darstellt.

Man darf wohl auf Grund dieses Befundes annehmen, dafs sich diese Art Hornpfropfen durch eine frühzeitige Verhornung des Knäueldrüsenganges im tiefsten Teile seines intraepidermidalen Verlaufes bildet, sowie durch eine übermäfsige Produktion unvollkommen entwickelter Hornsubstanz während seines Verlaufes innerhalb der Hornschicht, und zwar sowohl um ihn herum, wie in seinem Innern, so dafs sich dessen Lumen verengert und schliefslich vollständig verschliefst.

In den Schnitten durch den peripheren Ring der frischeren, weniger entwickelten Efflorescenz (1^b) fällt derselbe Procefs noch deutlicher auf, indem der Hornpfropfen stets einen spiraligen Verlauf annimmt und sich nach unten in einen verhornten Knäueldrüsenkanal fortsetzt. (Taf. VII, Fig. 9).

Im Innern aller Plaques lassen sich sämtliche Grade unterscheiden, die der Procefs durchgeht. Da und dort sieht man Fortsätze des Rete Malpighii, welche drei oder viermal dicker und länger sind, als die benachbarten und gröfstenteils aus bereits verhornten Zellen bestehen. An Serienschnitten erkennt man, dafs längs ihrer Axe ein Knäueldrüsengang verläuft, dessen anstofsende Zellen mittelst Osmiumsäure in ununterbrochener Weise bis zum intradermalen Abschnitte des Schweifsdrüsenkanals selbst die schwarze oder braune Reaktion der Hornsubstanz liefern. (Taf. VII, Fig. 10.) Auch durch die hypertrophische mittlere Hornschicht hindurch kann man leicht dem Verlaufe des hyperkeratotischen Knäueldrüsenganges folgen. (Taf. VII, Fig. 7). In den Präparaten von in

Flemmingscher Lösung fixierten Hautstücken sieht man verschiedene Durchschnitte eines gewundenen Knäueldrüsenschlauches, dessen verengertes Lumen von einem dicken Ringe stark zusammengedrängter und mittelst Safranin rosarot gefärbter Hornlamellen umgeben ist. (Taf. VII, Fig. 10.) In den mit Alkohol fixierten Präparaten sieht man ähnliche Bilder und an einigen Stellen, innerhalb der Hornschicht, den spiralförmigen Verlauf des Knäueldrüsenganges, der ganz ausgefüllt ist mit einer unvollständig verhornten und mit den genannten Körnchenhaufen bestreuten Substanz, so dafs fast ein Bild entsteht, das dem Hornpfropfen gleicht. Eines der demonstrativsten Bilder in dieser Beziehung beobachtet man auch in der atrophischen Haut aus der grofsen Scheibe am rechten Vorderarme; höchstwahrscheinlich entspricht dasselbe einer der vielen punktförmigen, hornartigen Erhabenheiten, welche da und dort im Innern der grofsen Scheibe, sowie überhaupt aller Plaques angetroffen werden.

Ich kann nicht umhin, das besondere Aussehen der Schnitte anzuführen, welche von der warzenförmigen Bildung des Patienten Bozzani (1 c) herrühren und ebenfalls sehr instruktiv sind. Hier biegt sich der dicke Hornpfropfen, welcher an beiden seitlichen Extremitäten jeden vollständigen Schnitt begrenzt, gegen die Mitte der Läsion und trägt damit zur hypertrophischen Verdickung der Hornschicht mehr, wie in anderen Fällen, bei. (Taf. VII, Fig. 7.) Diese wird durch zahlreiche (3 bis 5 auf den Schnitt) gewundene, der Länge nach geschnittene Kanäle durchzogen, welche von einer identischen Hornsubstanz umgeben sind, wie sie im peripheren Pfropfen angetroffen wird. Diese Kanäle setzen sich in die Tiefe fort nach dem Innern eines im Zentrum verhornten und in einen Knäueldrüsengang endigenden Retezapfens. Man kann auch an Serienschnitten, bis zur freien Oberfläche der Hornschicht, wo sie sich auszubreiten scheinen, eine unvollständig verhornte Substanz erkennen, welche sich mit derjenigen des gekrümmten peripheren Pfropfens vereinigt.

Alle Schweifsdrüsenkanäle der einzelnen Präparate tragen dieselben keratogenen Veränderungen; eine Ausnahme hiervon habe ich in den zahlreichen Schnitten, die ich untersuchte, nirgends gefunden. Da ich niemals eine Spur von Talgdrüsen oder Haarfollikeln in einem einzigen Präparate gefunden habe, mufs angenommen werden, dafs dieselben rasch und frühzeitig einen Involutionsprocefs durchmachen, der sie zum vollständigen Verschwinden bringt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs dies infolge der keratotischen Veränderung eintritt, welche die Knäueldrüsengänge befällt, sowie infolge des Umstandes, dafs sie unter dem Einflusse der Läsionen dieser letzteren stehen. Wirklich findet man auch aufserhalb des peripheren Ringes einer der Efflorescenzen (1 a), wo sich die Veränderung auszubreiten scheint und wo man bereits im Beginne der

Verhornung begriffene Knäueldrüsengänge sieht (Taf. VII, Fig. 8), zwei kleine Härchen und näher am peripheren Walle das Rudiment einer acinösen Drüse; sowohl jene als diese sind hyperkeratotisch verändert. In einigen Präparaten sieht man ferner, stets jedoch aufserhalb des peripheren Ringes, die Spur eines Talgdrüsenausführungsganges in unmittelbarer Nähe eines verhornten Knäueldrüsenganges; man sieht auch deutlich, dafs die übermäfsige Entwickelung des letzteren ersteren auszumerzen und den tieferliegenden Drüsenkörper zum Verschwinden zu bringen sucht.

Wir können demnach den bereits aufgestellten Schlufsfolgerungen die nachstehenden beifügen:

5. Die Hyperkeratose führt zum raschen und vollständigen Schwund der Talgdrüsen und der Haarfollikel, wenigstens in den von uns untersuchten Hautpartien.[3]

6. Der Proceſs selbst, welcher in höchstem Grade und ohne Unterschied den intraepidermidalen Verlauf der Knäueldrüsen von ihrer Mündung bis zum Beginne des eigentlichen intradermalen Drüsenschlauches beherrscht, ist die Grundursache des charakteristischen histologischen und infolgedessen auch klinischen Besonderheiten der untersuchten Fälle.

7. Wegen dieser fundamentalen und charakteristischen Eigenheit unterscheidet sich der hyperkeratotische Proceſs in diesen Fällen scharf von den gewöhnlichen Hyperkeratosen und kann derselbe passend mit der von mir vorgeschlagenen Benennung Porokeratose (von πόρος = Kanal) definiert werden.

Es bleibt uns noch übrig die Verhältnisse des Derma zu betrachten, das nicht weniger wichtige und charakteristische Veränderungen aufweist, obschon diese nicht so sehr ausgeprägt sind infolge der im Vergleiche zur Epidermis verschiedenen Dauer und Entwickelung.

Im papillären und subpapillären Teile besteht die auffallendste Veränderung in einer hochgradigen Dilatation der Gefäfse des oberflächlichen Netzes, indem man in allen Präparaten weite Durchschnitte von parallel zur Oberfläche verlaufenden Gefäfsen sehen kann, von denen, in senkrechter Richtung, ebenfalls erweiterte Kapillaren abgehen, die sich den Papillenkegeln zuwenden. Innerhalb der Papille haben diese erweiterten Kapillaren (zu 2 oder 3 per Papille) einen geraden oder gewundenen Verlauf und bleiben bis zur Spitze sehr weit, wo man bei vielen eine noch stärkere ampullenförmige Erweiterung konstatieren kann.

Um die Wandungen der Gefäfse im subpapillären Netze beobachtet

[3] Ich schalte diese Einschränkung aus dem Grunde ein, weil die Hautstücke, die ich histologisch untersuchen konnte, alle einer Region angehörten, welche normalerweise mit dünnen Haaren versehen ist, und man darf es nicht als ausgeschlossen erachten, dafs die Follikel widerstandsfähiger sind an den Stellen, wo sie stärker entwickelt sind; soviel wenigstens ist sicher, dafs man einige Haare im Zentrum der Efflorescenzen vom Kopfe des Patienten Bossi sehen konnte.

man eine geringe Infiltration von Lymphoidzellen, welche sich auf die gröberen Gefäfse des retikulären Derma fortsetzt, aber sich nur in geringem Grade oder gar nicht auf die Gefäfse der Papillen ausdehnt.

In unmittelbarer Nachbarschaft derjenigen Stellen der Epidermis, die einer hochgradigen Keratose verfallen sind, also in allen Präparaten an der Basis des peripheren Walles der Efflorescenzen, besteht eine diffuse und reichliche Infiltration lymphoider Zellen, und zwar in dem Mafse, dafs die Anordnung des Grundgewebes verwischt ist. An keiner Stelle jedoch findet man eine Andeutung von Lymphoidzellenwanderungen durch die Spatia interspinosa des Stratum Malpighii, noch sieht man in den Zellen des letzteren eigentliche exsudativ-entzündliche Veränderungen.

Am meisten entwickelt erscheint die Gefäfsdilatation des oberflächlichen Netzes in der warzenförmigen Exkrescenz vom Patienten Bozzani (1 c); doch findet man deutliche Zeichen davon auch in den anderen Hautstücken.

In der älteren Plaque (1 a) ist aufserdem ein gewisser Grad von Atrophie des Derma selbst unverkennbar; dies ist noch deutlicher ausgesprochen in dem aus der grofsen Fläche am rechten Vorderarme entfernten Hautstücke. Hier findet man nichts mehr von der normalen Struktur der Papillarschicht; das ganze Derma ist nur noch aus verdünnten Bindegewebsbündeln zusammengesetzt, deren zur Oberfläche regelmäfsig paralleler Verlauf nur hie und da von einigen Bündeln glatter Muskelfasern oder einigen Gefäfsen mit infiltrierten Wandungen unterbrochen wird.

Die wichtigere und charakteristischere Veränderung aber beobachtet man in den Glomerulis der Knäueldrüsen und deren Ausführungsgängen.

In der warzenförmigen Bildung (1 c), wo die intraepidermidalen Abschnitte der Knäueldrüsengänge gröfstenteils noch durchgängig bleiben, trotzdem sie in den Verhornungsprocefs hineingezogen, behalten die Glomeruli ihre normalen Dimensionen bei. Dennoch zeigen sie auf dem Durchschnitt zahlreiche Ausbuchtungen des Schlauches, von denen einige so hochgradig sind, dafs sie den Anblick von cystischen Erweiterungen gewähren; ihr Epithel ist aufserordentlich reduciert und gegen die Wandungen gedrückt. Bei aufmerksamer Prüfung erkennt man, dafs sich diese Erweiterungen besonders auf die Durchschnitte der Knäuel mit doppelter Zellkontur beziehen, das heifst auf jene Abteilung des Drüsenschlauches, der, wie man weifs, sich krümmt, um mit dem eigentlichen sekretorischen Teile den Glomerulus zu bilden.[4] In vielen Präparaten läfst sich deutlich nachweisen, dafs sich diese Erweiterung auf den Ausführungsgang fortsetzt, soweit er innerhalb der Cutis verläuft und bis zu den Zapfen

[4] Kölliker, *Handb. d. Gewebel.* S. 249. 1891.

im Rete; in der Nähe desselben beginnt bereits der Verhornungsprocefs in der inneren Zellschicht.

In den älteren Formen sieht man hie und da in der Cutis unvollständige Abschnitte von Drüsenkanälen, welche von reichlicher kleinzelliger Infiltration umgeben, sowie andere, die mit neugebildetem Bindegewebe umwickelt sind, so dafs ihre Wandungen fast unkenntlich geworden sind in der neoplasmatischen Wucherung.

In denselben Präparaten bestehen zwar noch einige Drüsenknäuel, sie sind aber beträchtlich verkleinert. Man sieht in den verschiedenen Durchschnitten der Knäuel cystische Erweiterungen, aber hier ist besonders eine dichte Rundzelleninfiltration erkennbar, welche nicht allein das periglanduläre Bindegewebe befällt, sondern sich in ausgesprochenster Weise über das peritubuläre Stützgewebe erstreckt. An vielen Stellen ist ferner eine eigentliche Proliferation und Neubildung von Bindegewebe deutlich sichtbar, welche die einzelnen Durchschnitte des Drüsenschlauches umgiebt; infolgedessen erscheinen diese atrophisch und sind kaum mehr sichtbar; an vielen Stellen sind sie vollständig durch das neugebildete Bindegewebe ersetzt. Einige Rudimente von Knäueldrüsen bestehen auch noch in dem Stücke atrophischer Haut am Vorderarme des Patienten Bozzani; es handelt sich dabei aber blofs um kleinste Zellengruppen, worin man einen wirklichen Drüsenschlauch kaum unterscheiden kann. Wahrscheinlich entsprechen diese Überreste jenen wenigen hyperkeratotischen Schweifsdrüsenkanälen, die sich da und dort als disseminierte hornartige Punkte auf der grofsen Scheibe angedeutet finden.

Abgesehen von dieser Gefäfsdilatation im oberflächlichen Netze, welche einen häufigen Befund bei vielen Keratosen bildet, müssen wir auch den anderen charakteristischen Befund hervorheben, der in älteren Bildungen in einem gewissen Grade von Cutisatrophie besteht. Wir können demnach folgende weitere Sätze aufstellen:

8. Der schliefsliche Ausgang des in seiner Gesamtheit betrachteten Processes besteht in einem gewissen Grade von Atrophie, die nicht allein die Epidermis und ihre Anhänge, sondern auch die eigentliche Cutis mit den sie durchziehenden Organen befällt.

Da ferner unter den beschriebenen Erscheinungen von Atrophie offenbar diejenige, welche die Knäueldrüsen betrifft, die auffallendste und in Bezug auf die bereits von der Epidermis angeführten besonderen Veränderungen die wichtigste ist, müssen wir den Schlufs ziehen, dafs sich

9. der pathologische Procefs, der sich im ganzen Schweifsdrüsenapparate abspielt, also zusammenfassen läfst: Da sich die Abzugskanäle des Schweifses zunächst verengern und dann in Folge der Porokeratose vollständig verschliefsen, erweitern sich die Knäueldrüsenkanäle in ihrem intradermalen Abschnitte bis zu der den Glomerulus bildenden Partie,

sowie zum Teil die sekretorischen Schläuche der Glomeruli selbst. Gleichzeitig aber entsteht ein langsamer Proliferationsprocefs des peritubulären Bindegewebes, welches schliefslich zur Atrophie und zum totalen Schwunde der Schweifsdrüsen führt.

Erklärt man sich die Dinge auf diese Weise (und anders lassen sie sich wohl nicht erklären), so ist man plötzlich ganz überrascht von der auffallenden Analogie dieser cirrhotischen Veränderung der Knäueldrüsen mit dem, was man unter ähnlichen Bedingungen in einem anderen Drüsenorgane findet, nämlich in der Leber, und zwar in jener besonderen von CHARCOT unter der Bezeichnung „Cirrhosis hypertrophica cum ictero" beschriebenen Affektion, ferner noch mehr bei jener Cirrhose, die sich ausbildet bei Verstopfung des Ductus choledochus auf experimentellem Wege oder durch die Anwesenheit eines Gallensteins. Im Gegensatze nämlich zur vulgären Cirrhose, welche im Pfortadersystem ihren Anfang nimmt, findet man hier die embryonalen Zellen und neugebildeten Bindegewebsbündel um die Gallenkapillaren herum, und diese Bindegewebsneubildung, als Folge einer Periangiocolitis, ist es, welche die Lobuli zerstört und zur Vernichtung des Lebergewebes führt. Diese Form von Cirrhose ist also dieselbe, die man bei Verschlufs des Ductus choledochus nach Unterbindung oder durch Verstopfung durch einen Gallenstein beobachtete, nur beginnt bei dieser letzteren wegen der verschiedenen Art der Entstehung die Läsion der Gallengänge in den gröberen, um hier auf die interlobulären überzugehen.

Die Klarheit der soeben auseinandergesetzten Gedanken, die ich dem berühmten Werke CHARCOTS[5] entlehne, entbindet mich von weiteren Erläuterungen zum Beweise, dafs die Cirrhose der Knäueldrüsen bei der Porokeratose ganz in derselben Weise zu Stande kommt.

III. Nosologie.

Nach der umständlichen klinischen und mikroskopischen Untersuchung bleibt nur noch übrig, zu erörtern, ob die semiotischen und histologischen Kennzeichen unserer Fälle den Ausdruck eines krankhaften Processes sui generis, d. h. einer distinkten nosologischen Einheit bilde oder nicht vielmehr krankhafte Zustände anderer bereits bekannter und gut beschriebener einheitlicher Affektionen, in welchem Falle wir ihnen dann in der dermatologischen Klassifikation den richtigen Platz anweisen müfsten.

Zu diesem Zwecke müssen wir vor allem in Betracht ziehen, dafs die konstantesten und auffallendsten Erscheinungen sowohl in klinischer, wie in histologischer Beziehung in einer übermäfsigen Entwickelung

[5] CHARCOT, Leçons sur les maladies du foie et des reins. XXI. Leçon. S. 210. Paris 1882.

der Epidermis, und zwar besonders deren Hornschicht, besteht. Diese Veränderung erscheint sogar als eine selbständige Thatsache ohne vorangegangene oder gleichzeitig bestehende krankhafte Erscheinungen von seiten der Haut, mit denen sie irgend welche Beziehung haben könnte.

Diese Fälle haben demnach nichts zu thun mit jenen Formen von Keratonosen, welche sich an bestimmten Prädilektionsstellen im Verlaufe anderer verschiedenartiger Dermopathien entwickeln und auch jetzt als sekundäre Keratodermien bezeichnet werden; sie stellen vielmehr Formen primärer oder essentieller Hyperkeratose dar.

Indem wir uns einen Augenblick bei dieser ersten und nicht unnützen Betrachtung aufhalten, zeigt es sich, dafs sodann unsere Fälle denjenigen „keratophoren" (Tommasoli) Affektionen zugeteilt werden müfsten, welche lange Zeit mit der Ichthyosis zusammengeworfen wurden, oder, was noch schlimmer, mit anderen Krankheiten, bei denen die Hyperkeratose nur eine zufällige, nicht notwendige Begleiterscheinung ist und welche heutzutage für sich und als wirkliche essentielle Keratose betrachtet werden müssen.

Wie nach den klassischen Studien von Besnier bekannt, gehören zu dieser Kategorie essentieller keratophorer Affektionen, wo die Hypertrophie der Hornschicht als ein wahres Keratom erscheint, die symmetrischen Keratodermiten der Extremitäten,[6] die Tommasoli nach dem Vorbilde Neuburgers,[7] alle unter der generischen Bezeichnung Akrokeratom[8] zusammenzufassen vorschlägt, indem er sie in die Familie der Keratodermiten[9] von der Klasse der Keratodermatosen einreiht.

Bekanntlich zählt man unter diese Formen: 1. die Keratodermia congenita et hereditaria symmetrica der Extremitäten, welche bereits beschrieben und von Unna als Keratoma palmare et plantare hereditarium bezeichnet wurde;[10] 2. die Keratodermia symmetrica erythematosa; 3. die Keratodermie in Herden an den Extremitäten, welche zahlreiche Varietäten zählt; 4. die accidentellen Keratodermien der Extremitäten, die nicht zu verwechseln sind mit den gewöhnlichen Schwielen.

Indem Tommasoli der Ansicht ist, dafs einige in letzter Zeit beobachtete Fälle in den Rahmen keines der angeführten Typen passen, glaubt er, dafs eine solche Klassifikation der Akrokeratome, wie sie von Besnier vorgeschlagen wird, nicht von Dauer sein kann. Während er die Serie zur Aufnahme anderer Typen offen läfst, bereichert er dieselbe

[6] Kaposi, *Maladies de la peau.* trad. par Besnier et Doyon. Taf. II. pag. 40. 1891.

[7] Neuburger, Acrokeratoma hereditarium. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. No. 1. 1891.

[8] Tommasoli, Contributo da servire alla storia dell' Akrokeratoma. *Rassegna di Scienze med.* No. 3. Modena 1893.

[9] Tommasoli, Saggio di una nuova classificazione delle malattie cutanee. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* Fasc. III. 1891.

[10] *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1893. pag. 231.

um zwei neue Varietäten, nämlich das Acrokeratoma hereditarium Neuburger und das Acrokeratoma hystriciforme hereditarium, welch letzteres eine ganz neue, in neuester Zeit durch TOMMASOLI illustrierte Form darstellt.[11]

Nun ist es klar, dafs meine Fälle, wenn sie ohne weiteres in die durch TOMMASOLI auf diese Weise erweiterte Gruppe der Akrokeratome eingereiht werden sollen, eine neue, den bereits beschriebenen zuzuzählende Varietät bilden müfsten. Da dieselben eine charakteristische Symptomatologie aufweisen, die ihnen das Gepräge eines wohl definierten Typus verleiht, so passen sie in keine der vier von BESNIER aufgestellten Varietäten, und zwar unter anderem wegen folgenden sehr wichtigen Unterschiedes: jene beziehen sich ausschliefslich auf die Palmar- und Plantarflächen der Extremitäten, während in unseren Fällen im Gegenteil die Dorsalflächen befallen waren, die Plantae und Palmae dagegen normal aussahen. Und so weichen sie noch aus anderen Gründen, deren Aufzählung uns zu weit führen würde, von den Formen des Arokeratoms, wie im Falle NEUBURGERS und TOMMASOLIS ab, so dafs wir sie notwendig als einen ganz verschiedenen Typus betrachten müssen.

Nicht nur sind die charakteristischen Besonderheiten an sich selbst und verglichen mit anderen Fällen, womit sie zwar den gemeinschaftlichen Charakter der Hyperkeratosen teilen, so wesentliche (wie man es so leicht in den von mir illustrierten Fällen sehen kann), dafs es nicht genügt, sie in einer besonderen Varietät unterzubringen, aber man kann sie nach meiner Ansicht auch nicht der Gruppe der Akrokeratome zuteilen, wenn man diesen nicht eine unbegrenzte Ausdehnung geben will.

Es dürfte nicht unnütz sein, kurz hier jene Merkmale zusammenzufassen, welche in den vorangegangenen Abschnitten genauer geprüft worden sind.

Die Krankheit, die ich der Kürze halber Porokeratose nennen will, indem ich dabei vorläufig den krankhaften Zustand für die Krankheit selbst hinstelle, tritt mit so scharf charakterisierten objektiven Zeichen auf, dafs man diese, wie es bei der Beschreibung der gewöhnlichen Dermatosen geschieht, als ebensoviele Elementarläsionen betrachten kann, als keratotische Elementarläsionen in Form von erhabenen oder eingesunkenen Plaques, von verschiedener Gröfse, unregelmäfsiger Form in der Peripherie, von einem ausgebuchteten, ununterbrochenen Saume oder Walle umgeben, welcher auf der Spitze ein dünnes, horniges, linienförmiges Grätchen trägt.

Die genannten Läsionen befallen hauptsächlich die Dorsalfläche der Hände und Füfse (niemals Handteller und Fufssohlen), die Streckfläche

[11] L. c.

der oberen und unteren Extremitäten (Vorderarme und Beine), ausnahmsweise die Beugeseite und den anliegenden Teil der Glieder; ebenfalls befallen werden Hals, Gesicht und Haarboden.

Die Porokeratose wird von keinen weiteren subjektiven oder objektiven Beschwerden begleitet und hat einen äufserst langsamen Verlauf, sowohl in Bezug auf die einzelnen Elementarläsionen, als auf die Aufeinanderfolge der einzelnen Efflorescenzen. Einige derselben können spontan zurückgehen und wohl auch ganz langsam vollständig verschwinden. In einem Falle bildet eine Plaque durch zentrifugales Wachstum eine breite Zone von landkartenähnlichem Aussehen; dieselbe nahm im Verlaufe von fünf Jahren soviel an Umfang zu, dafs sie schliefslich den gröfsten Teil der Streckseite eines Vorderarmes bedeckte.

In gröfserer Ausdehnung exstirpiert, bilden sich die Plaques nicht wieder, wohl aber und obschon man sie kauterisiert, wenn nur kleinere Partien herausgeschnitten werden.

Die Krankheit beginnt im ersten oder zweiten Teile des Kindesalters und dauert Jahrzehnte; in einigen Fällen jedoch sah man die Affektion erst im vorgerückteren Alter auftreten.

Sie ist nicht hereditär, kann aber mehrere Glieder derselben Familie befallen.

In histologischer Beziehung besteht die Krankheit in einer von Hyperakanthose begleiteten Hyperkeratose, welche in eigentümlicher Weise die Drüsenausführungsgänge befällt. Aus diesem Grunde verschwinden sehr bald die acinösen Drüsen und Haarfollikel vollständig, wenigstens an den Stellen, wo sie unter normalen Verhältnissen nicht sehr entwickelt sind.[12]

Die Hyperkeratose bleibt jedoch nicht auf die acinösen Drüsen beschränkt, sondern (was die Eigenheit des Prozesses ausmacht) es werden auch die Ausführungsgänge der tubulösen Drüsen in ihrem ganzen intraepidermidalen Verlaufe in den Prozefs hineingezogen. Wendet man sich dann vom histologischen Befunde zur klinischen Ansicht der einzelnen Elementarläsionen, so erkennt man leicht, dafs gerade diese Veränderung der Ausführungsgänge in hervorragendster Weise dazu beiträgt, die am meisten charakteristischen klinischen Besonderheiten dieser Läsionen zu bilden.

Wir sehen nämlich, dafs sich durch diese Veränderung, welche die Epidermis betrifft, in welche der Schweifsdrüsenkanal ohne eigene Wandungen einfach eingefügt ist, innerhalb des Kanals selbst eine Art Pfropfen bildet, der aus unvollkommen ausgebildeter Hornsubstanz besteht und sich an der Spitze des Retezapfens nach aufwärts erstreckt, bis er über

[12] Siehe Anmerkung 3.

die freie Oberfläche der Hornschicht hinausragt. Diesen Verhältnissen verdanken offenbar die Efflorescenzen ihren Gehalt an jenen kleinsten disseminierten und wie Nadeln zugespitzten hornigen Erhabenheiten.

Die Veränderung befällt zwar sämtliche Schweifsdrüsenkanäle des kleinen, einer jeden Elementarläsion entsprechenden Hautbezirkes, doch zeigt sie die Neigung, diejenigen Schweifsporen besonders schwer und dauernd anzugreifen, welche in einer geschlossenen, eine unregelmäfsige Figur beschreibenden Linie enthalten sind. Auf diese Weise bildet sich in dieser Richtung nicht mehr ein einzelner Pfropfen, sondern ein mehr denn anderswo hypertrophisches Blättchen aus Hornsubstanz, mit anderen Worten: das trockene und scharfe Grätchen, das über die Spitze des peripheren Walles einer jeden Efflorescenz hinausragt.

Hierdurch werden die Abzugskanäle des Schweifses in ihrem intraepidermalen Abschnitte weniger durchgängig und schliefslich ganz verstopft; daraus resultiert zunächst eine Dilatation des Drüsenschlauches und des intraepidermalen Sekretionskanals und schliefslich eine Atrophie der Drüse durch Neubildung von peritubulärem Bindegewebe.

Diese Atrophie, welche das Endstadium des Prozesses bildet, beschränkt sich nicht allein auf die Knäueldrüsen, sondern ergreift die ganze Malpighische Schicht und zuweilen auch die darunterliegende Cutis, woraus eine Abflachung im Zentrum der älteren Läsionen und eventuell auch der Schwund des peripheren Walles selbst entsteht. Auf diese Weise können einzelne Efflorescenzen vollständig zurückgehen.

Trotz dieser sekundären Erscheinungen und dieses Ausganges erweist sich der Prozefs dennoch unzweifelhaft als epidermidalen Ursprunges in Anbetracht der wichtigen Befunde und der Reihenfolge ihres Auftretens. Nichts gestattet uns die Annahme, dafs irgend eine andere Störung (z. B. entzündlicher Natur) durch primäre Einwirkung sowohl auf die eigentliche Cutis (Cutis propria), als auf die Cutis vasculosa (Kromayer) ihr fundamentales Substrat bilde.

Auf Grund dieser klinischen und histologischen Kardinalsymptome, welche in unseren Fällen vorherrschen, und weil dies die einzige mögliche Erklärung des Prozesses ist, wonach sich die einzelnen Erscheinungen abspielen, haben wir, auch ohne uns auf die Untersuchung über Wesen und Genese näher einzulassen, Anhaltspunkte genug, um erklären zu können, dafs diese Fälle nicht in der Gruppe der Akrokeratome im Sinne Tommasolis Aufnahme finden können. Wir finden nämlich in denselben, vom klinischen Standpunkte aus, Elementarläsionen sui generis, die sich nicht auf die Extremitäten beschränken, sondern zerstreut auch an anderen Körperregionen vorkommen; vom histologischen Standpunkte können wir in keiner Art nachweisen, dafs sie durch einen Entzündungsprozefs verursacht sind, sondern müssen vielmehr annehmen, dafs es sich um primäre

epidermidale Läsionen handle. Dieser letztere Umstand schliefst meine Fälle aus der Familie der Keratodermiten aus, denen TOMMASOLI in seiner Klassifikation die Akrokeratome zugewiesen hat.

Nichtsdestoweniger bleibt uns noch das Hauptmerkmal, die Porokeratose, gegenwärtig, welche, wie es scheint, bereits in Fällen von keratophoren Affektionen beobachtet worden ist, die TOMMASOLI selbst in der Gruppe der Akrokeratome annimmt. Bevor wir deshalb mit der Behauptung definitiv schliefsen, dafs unsere Fälle einzig dastehen, müssen wir einen Augenblick bei der Prüfung dieser bereits bekannten Fälle verweilen, gleichzeitig mit anderen ähnlichen, die mir ebenfalls bekannt sind.

Wie schwer es fallen würde, ein sicheres Urteil hierüber zu fällen, glaube ich doch nicht, zu weit von der Richtigkeit abzuweichen, wenn ich behaupte, dafs denn doch sehr wenig von ähnlichen Veränderungen, wie ich sie jetzt vom Schweifsdrüsenapparate nachgewiesen und illustriert habe, gesprochen worden ist, seitdem das Studium der Histologie eine so wichtige Rolle nicht nur in allen übrigen Teilen der Medizin, sondern auch in der Dermatologie zu spielen begonnen hat.

Eine schwache Andeutung ähnlicher Verhältnisse liest man in den Schriften über die Anatomie des Lichen planus Wilson. In seiner verdienstvollen Arbeit teilt nämlich TÖRÖK,[13] nachdem er erwähnt, dafs in den kleinen jüngeren Papeln oft eine punktförmige zentrale nabelartige Einziehung vorkomme (welche nicht zu verwechseln ist mit den beträchtlichen nabelförmigen Vertiefungen älterer Papeln), mit, dafs ROBINSON und CROCKER sich den Hergang in der Weise erklären, dafs sich im oberen Teile des Schweifsdrüsenganges ein Hornkegel bilde, sich dann lostrenne und so die genannte Nabelform zu stande kommt. TÖRÖK glaubt, dafs man eine solche Erklärung nicht verwerfen könne. „Es ist jedenfalls zuzugeben", fügt er bei, „dafs man in der Mitte vieler kleiner Papeln einen Knäueldrüsengang findet, dessen Ostium auch manchmal mit etwas verdickter Hornschicht versehen ist."

Mir ist es darauf gelungen, in Präparaten von Lichen ruber acuminatus, die mir Professor MAIOCCHI zeigte, die Andeutung eines ähnlichen Befundes zu konstatieren, welcher auf einen beginnenden Prozefs von Porokeratose hinwies, jedoch in Bezug auf Grad und nähere Beschaffenheit weit von dem entfernt war, was man in den Präparaten der von mir beschriebenen Fälle sehen kann.

Den wichtigsten Beitrag, den ich hierzu finden konnte, enthält eine Arbeit von RATTONE,[14] welche unter der Leitung des leider verstorbenen

---

[13] Anatomie des Lichen planus (WILSON). *Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path.* Bd. VIII. S. 435, 436.

[14] Contribuzione allo studio della patologia chirurg. dei nervi. *Tesi di aggregazione.* Torino 1882.

Colomiatti ausgeführt wurde und auch für den Dermatologen von Interesse ist.

Verfasser fand bei einer Frau, bei welcher wegen hartnäckiger Neuralgien die Resektion der Nervi ischiadicus und cruralis gemacht worden war, worauf eine Atrophie der entsprechenden Glieder folgte, aufser Atrophie der Cutis und Epidermis eine ausgebreitete Wucherung der Schweifsdrüsen, gefolgt von rasch eintretender horniger Umwandlung fast aller Epithelien in einem grofsen Abschnitte des Ausführungsganges von der freien Oberfläche bis zu den tieferen Teilen. Die Produkte dieser keratoiden Umwandlung hatten sich im Lumen des Drüsenganges angehäuft, so dafs dieser ausgedehnt erschien, während unterhalb dieses Bezirkes keine Dilatation der Drüse zu sehen war, sondern ein beträchtlicher Grad von Verengerung. Doch war auch im Falle von Rattone, wie man in einer beigegebenen Figur (gezeichnet von Colomiatti), sehen kann, und wie ich mich selbst an Präparaten überzeugen konnte, die mir der Verfasser in freundlicher Weise demonstrierte, die hornige Umwandlung des Epithels der Drüsenkanäle viel weniger ausgesprochen, als in meinen Fällen; sie stellte offenbar nur eine ganz nebensächliche und vollständig passive Erscheinung dar, eine Art Rückbildung jener in Atrophie begriffenen Teile; dies um so mehr, als das Lumen des Drüsenschlauches eher verengert, denn dilatiert war, was darauf hinweist, dafs die Funktion dieser Drüsen aufgehoben war. Dahingegen findet man in meinen Fällen einen wirklichen, aktiven Verhornungsprozefs der Schweifsdrüsenkanäle mit dauernder Neubildung von Hornsubstanz in ihrem Lumen, welche jedoch die Funktionsfähigkeit der Drüsen eine Zeitlang überdauert, solange die vollständige Oblitteration des Ausführungsganges und solange der darauffolgende den Glomerulus befallende cirrhotische Prozefs sie nicht zur sekundären Atrophie gebracht haben.

Ebenfalls ist es klar, dafs diese Verhältnisse bei weitem nicht im Lichen, sowohl dem planus als dem accuminatus, verwirklicht werden, wenn man auch einen gewissen Grad von Hyperkeratose der Schweifsdrüsen als konstante und vom Prozesse unzertrennbare Begleiterscheinung des Lichen zugeben will, was aber der Bestätigung bedarf.

Es bleibt uns aber noch übrig, die klinischen Fälle in Betracht zu ziehen, die ich oben angedeutet und die für uns mehr Wichtigkeit haben, indem es sich um wahre Keratodermie (Besnier) oder Keratodermitis (Tommasoli) handelt, worin man das Kennzeichen der Porokeratose wahrzunehmen geglaubt hat.

Der erste dieser Fälle ist einer von Besnier, welcher vor einigen Jahren von demselben ein Wachsmodell für das Museum des St. Ludwig-Hospitals hatte abnehmen lassen, mit der Diagnose „Kératodermie érythémateuse symétrique des extremités — forme ponctuée — kératose

localisée à l'ostium sudorifère (paume de la main)“;[15] von demselben Falle spricht Besnier in einer Bemerkung zu den Vorlesungen Kaposis, als der wichtigsten unter den verschiedenen Varietäten, welche die dritte von ihm aufgestellte Form von symmetrischer Keratodermie der Extremitäten bilden.[16]

Auch Brocq erwähnt eines Falles von zweifelhafter symmetrischer Keratodermie, den er bei einem alten Syphilitiker beobachtete, und wo die Mündungen der Schweifsdrüsen kleine rundliche, offenstehende Grübchen bildeten. Bei diesem Anlafs führt er den Fall Besniers an, den dieser als Keratinisation der Schweifsdrüsenkanäle auffafste und als Läsionen unbekannter Natur hinstellte.[17]

Der wichtigere Fall wurde aber von Hallopeau und Claisse in der Société de dermatologie von Paris im März 1891 mitgeteilt [18]. — Es handelte sich um einen Mann, dessen Alter nicht angeführt wird und welcher an der rechten Fufssohle hornartige Erhabenheiten trug, die sich im 12. Jahre gebildet und seither stets bestanden hatten. Dieselben waren abgerundet, hart, hornartig und trugen eine mit unregelmäfsigen, zersplitterten Hornkonkretionen ausgefüllte Aushöhlung; um diese Erhabenheiten herum bemerkte man die dilatierten Mündungen der Knäueldrüsenkanäle. Die gleichen Dilatationen sah man, zu mehr oder weniger umfangreichen Plaques angeordnet, unter dem Malleolus internus und an der inneren Partie der Fufssohle; die kleinsten waren punktförmig, andere erreichten die Gröfse eines Hirse- oder Hanfkornes; man konnte alle Zwischenstufen von den kleinsten Erweiterungen zu den erwähnten kraterförmigen Ausbuchtungen im Zentrum der keratodermischen Plaques nachweisen. Von der Plaque am hinteren äufseren Teile der Ferse erhob sich in gleicher Entfernung von der Achillessehne und dem hinteren Rande des Malleolus internus ein vertikal verlaufender Streifen, welcher aus (wegen seines Gehaltes an dilatierten Poren) siebförmig durchlöcherten Erhabenheiten bestand. An der rechten Hand befanden sich mit derjenigen an der Fufssohle ähnliche und von dilatierten Mündungen siebförmig durchbohrte Schwielenbildungen, welche auf der Palmarfläche des mittleren und Zeigefingers in Form von Streifen angeordnet waren und Nervenverästelungen zu entsprechen schienen.

Dieser Fall sieht teilweise demjenigen des Bozzani ähnlich wegen der Anordnung „en traînées“ der keratotischen Läsionen in der Nähe der Achillessehne und auf dem Handteller. Der Hauptgrund dieser Ähnlichkeit liegt jedoch in der Art und Weise, wie die Verfasser ihre

---

[15] Museum des Hôpital St. Louis. Vitrine 21. Modell No. 560. 1879.
[16] Kaposi, *Leçons.* T. II. pag. 43. Note c. Paris 1891.
[17] *Traitement des maladies de la peau.* pag. 358. Paris 1890.
[18] *Ann. de derm. et de syph.* pag. 221. 1891.

Fälle erklären. Dieselben glauben nämlich als Hauptursache die Entstehung der keratotischen Plaques an der Fufssohle von dem Zusammenfliefsen mehrerer erweiterter Schweifsdrüsenkanäle annehmen zu können. Es scheine, wie sie sich ausdrücken, dafs der Prozefs, welcher zur Bildung dieser Läsionen geführt hat, überall derselbe sei, d. h. Dilatation der Schweifsporen, Hyperplasie und Keratinisation der sie umgebenden Epidermis, Ansammlung von Hornsubstanz in der Aushöhlung, die sie umgrenzen.

Leider fehlt zu diesem übrigens sehr wichtigen Falle, sowie demjenigen Besniers und Brocqs die unumgänglich notwendige Kontrolle der histologischen Untersuchung. Obschon heute noch Besnier dem mikroskopischen Befunde nur eine sekundäre Bedeutung zuschreibt, wird er mir doch zugeben müssen, dafs derselbe in den genannten Fällen zur Feststellung eines diagnostischen Urteiles notwendig war, indem letzteres, wenn allein von oberflächlichen Kennzeichen abgeleitet, blofs den Wert einer einfachen Vermutung hat.

Ohne diesen Prüfungsstein, dem histologischen Befunde, können wir unmöglich behaupten, dafs die Grübchen in den keratotischen Plaques wirklich dilatierte Schweifsdrüsenmündungen mit Hyperplasie und Verhornung der Epidermis in ihrem Innern vorstellen. Um so weniger können wir passende Vergleiche aufstellen zwischen dieser angeblichen Veränderung und jener, die ich so umständlich in meinen Fällen beschrieben habe. Es ist allein erlaubt, zu folgern, dafs der Hyperkeratose-Prozefs in diesen Fällen verschieden war, indem dessen klinischer Anblick sowohl als ganzer, wie in seinen kleinsten Einzelheiten von demjenigen, den meine Fälle bieten, grundverschieden ist. Wir finden demnach nichts, das unserer bereits aufgestellten Folgerung widerspricht, nämlich, dafs genannte Fälle nicht zu der Keratodermie Besniers gezählt, noch in die Familie der Keratodermiten Tommasolis eingereiht werden können.

Betrachten wir diesen ersten Punkt als bewiesen, so müssen wir, um unserer Pflicht als Nosologen zu genügen, eine andere Eigentümlichkeit in Betracht ziehen, die zwar nicht unentbehrlich, aber vom klinischen Standpunkte aus sehr wichtig ist und im Falle unserer ersten Beschreibung sofort dem oberflächlichsten Beobachter auffällt: ich meine das Vorhandensein jener grofsen Fläche, die, von linienförmiger hornartiger Neubildung begrenzt und von landkartenähnlichem Aussehen, den gröfsten Teil der Streckseite des rechten Vorderarmes beim Patienten Bozzani einnimmt.

Dieser Umstand führt uns nämlich zur Aufstellung neuer Vergleiche, indem wir andere ähnliche, bereits bekannte und unter verschiedenen Bezeichnungen, meist als Ichthyosis linearis, veröffentlichten Affektionen durchsehen, welche neulich von Philippson unter der Bezeichnung

„Ichthyosis hystrix partialis“ gesammelt worden sind, und für welche UNNA die Benennung „Naevus linearis verrucosus“ vorzieht.[19]

In einem dieser von CUTLER publizierten Fälle handelt es sich um ein 5jähriges Kind. Im Alter von 6 Monaten bildete sich bei demselben hinter dem Malleolus internus des linken Fufses ein harter, schuppiger Streifen, der sich nach und nach längs dem inneren Rande des Fufses ausdehnte und nach oben längs dem Beine bis zu den Nates, indem er dabei dem Verlaufe der Nervi ischiadicus, popliteus internus, tibialis posterior und plantaris internus bis zur grofsen Zehe folgte. Der 7 Linien breite und 2 Linien hohe Streifen war vollständig mit kleinen stark adhärierenden Schuppen bedeckt.[20]

Im Falle von KOREN[21] handelt es sich um ein 9 Monate altes Kind, bei dem die Hautveränderung seit der Geburt bestand. Auf dem rechten Vorderarme bestanden Efflorescenzen von Ichthyosis cornea in Form von braunen, papillomatösen Streifen, welche bei der Berührung das Gefühl eines Reibeisens hatten. Die Streifen folgten dem Verlaufe der Nervi medianus, radialis und ulnaris bis zur Hand und den Fingern. In den zehn folgenden Monaten blieben die Streifen an der Hand unverändert, aber am Arme blieben nur noch einige isolierte Plaques übrig, indem die Verbindungsstücke verschwunden waren.

Auch in den beiden Fällen PHILIPPSONS[22] handelt es sich um Kinder. Bei dem ersten bestanden in der hinteren inneren Region des Glutealsulcus bis zur Wade und der vorderen Seite des Beines sich erstreckende dünne Linien, von denen die eine nach dem Fufse hinzog, um auf dem dorsalen Teile der kleinen Zehe zu enden. Diese Streifen oder Linien waren rauh anzufühlen und mit Schuppen, Krusten und abgestumpften Hornkegeln bedeckt; ihre Ränder waren gebildet aus kleinen, roten Knötchengruppen mit oder ohne Schuppen. Im anderen Falle bestand eine unregelmäfsige, in der postero-externen Gegend des Oberschenkels längs verlaufende Plaque, welche sich vom Knie bis zum Grübchen an der Spina iliaca posterior superior erstreckte; die Plaque war schmutzig, braun gefärbt und bestand aus hornigen Kegelchen und Schuppen von verschiedener Gröfse und eng gruppiert. Aufserdem bestanden noch andere Gruppen ähnlicher Efflorescenzen, welche in geraden und krummen Linien auf der hinteren Fläche des Oberschenkels und auf der Glutealgegend derselben Seite angeordnet waren.

---

[19] PHILIPPSON, Ichthyosis cornea (hystrix) part. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. No. 8.

[20] CUTLER, Ichthyosis linearis neuropathica. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1890. pag. 139.

[21] KOREN, Ichthyosis linearis neuropathica. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. X. pag. 239.

[22] PHILIPPSON, l. c.

Interessanter ist ein Fall von BUTRUILLE.[23] Derselbe betrifft ein 6jähriges Kind, welches auf der hinteren Seite beider Oberschenkel je einen langen Streifen trug, der aus hornigen scharfen, dunkelgrauen bis schwarzen, harten, unregelmäfsigen Erhabenheiten bestand. Diese erinnern stark an die Hügel der geographischen Reliefkarten, haben eine Breite von 4 bis 5 mm und werden an einigen Stellen von einem kleinen blafs rosaroten Bändchen eingesäumt. Diese zwei Linien umschreiben auf beiden Oberschenkeln einen mehrere Zentimeter breiten Hautstreifen, welcher von kleinen Plaques und kleinen schwarzen aus denselben pathologischen Elementen geformten Punkten übersät ist. Keine subjektiven Störungen. Die Krankheit begann einige Monate nach der Geburt mit zwei rötlichen Leisten, ähnlich starken Kratzeffekten, deren prominierender Teil sich mit weifslichen Epidermisschuppen bedeckte, welche sich bald verdickten und braun wurden.

Wie man sieht, ist der Fall von BUTRUILLE derjenige, der den meinigen am meisten gleicht, da, wie der Verfasser sich deutlich ausdrückt, in demselben die beiden keratotischen Streifen beiderseits zwei parallele, an die Hügelchen auf geographischen Reliefkarten erinnernde Linien zeigten; diese Ähnlichkeit trägt vielleicht am meisten dazu bei, eine genaue Idee von dem Aussehen der grofsen Area des Patienten Bozzani zu geben.

Auch in dem eben genannten Falle findet man diese Linien aus hornigen, harten, unregelmäfsigen, scharfen Erhabenheiten gebildet. Hieraus darf man jedoch nicht schliefsen, dafs es sich um eine meinem Falle vollkommen ähnliche Veränderung gehandelt hat, in welch letzterem sich ein wirklicher, horniger, ununterbrochener, mit einem trockenen blättchenartigen scharfen Grätchen versehener Wall gebildet hatte, und zwar sowohl in den zerstreuten Efflorescenzen, wie an der grofsen Fläche am Vorderarm, die wegen ihrer bandartigen Form besonders an den Fall von BUTRUILLE erinnert.

Dasselbe läfst sich sagen von den anderen von mir in Betracht gezogenen Fällen CUTLERS, KORENS und PHILIPPSONS, denen man noch viele andere zuzählen könnte, welche die eigentümliche streifen- oder linienförmige Anordnung der keratotischen Veränderungen aufweisen; es wird nämlich in demselben auch stets gesprochen von gruppenweise angeordneten Hornkegeln, zuweilen auch von Schuppen und Krusten, aber nicht von einem einfachen kontinuierlichen Walle, ohne Spur sekundärer Veränderungen in Gestalt von Schuppen oder Krusten.

Da nun die grofse landkartenähnliche Fläche eines unserer Patienten nur eine Ableitung von ähnlichen kleineren Plaques bildet und von ihnen in klinischer und histologischer Beziehung der Hauptsache nach nicht

[23] BUTRUILLE, Ichthyosis hystrix nigricans etc. *Ann. de derm. et de syph.* 1887. pag. 738

abweicht; da ferner in sämtlichen Elementarläsionen als charakteristisches Merkmal eine linienförmige Anordnung der auffallendsten keratotischen Manifestation vorherrscht, kann man vernünftigerweise annehmen, dafs diese Fälle der Kategorie der sogenannten Ichthyosis linearis angehören. In dieser schlecht definierten und ungenau bezeichneten Kategorie bilden dieselben infolge ihrer präzisen klinischen und histologischen Merkmale eine Varietät und vielleicht eine Spezies.

Wie man gesehen hat, werden die genannten Formen von PHILIPPSON als Ichthyosis cornea, s. hystrix, partialis bezeichnet. Einer solchen Benennung giebt er aber nur darum den Vorzug, weil er von falschen Voraussetzungen ausgeht, indem er sich dabei auf die nach meiner Ansicht falsche Vorstellung stützt, welche sich einige Dermatologen, wie CROCKER und KAPOSI, von der Ichthyosis hystrix machen.

Dafs die Vorstellung KAPOSIS falsch sei, kann man aus seinen eigenen Vorlesungen ableiten, wo zu lesen ist (französische Übersetzung, Bd. II, S. 58), dafs die Ichthyosis hystrix oder Hystricismus nur einen vorgeschritteneren Grad der Ichthyosis simplex vorstelle, während es einige Seiten weiter unten heifst (pag. 64): „L'ichthyose hystrix est celle de toutes qui, comme on l'a déjà démontré, appartient le moins à l'ichthyose propre." Auf Seite 59 sodann erklärt der Verfasser, dafs man in den Fällen von Ichthyosis hystrix (Hystricismus) aufser Erscheinungen von Ichthyosis simplex noch zahlreiche hornige konfluierende Warzen antrifft, die oft dem Verlaufe der Nerven folgen; es fällt ihm auch nicht schwer, die Affektion als ein den ganzen Körper besetzendes Papillom aufzufassen, zumal Pigmentation auftritt. Bei einem Patienten sah er den Körper in der Mittellinie, von der Stirn bis zur Symphysis pubica und vom Hinterhaupt zur Regio coccygea durch eine braun pigmentierte Linie geteilt. Ähnliche Linien folgten dem Verlaufe der Nerven an den Gliedern und waren zu beiden Seiten von papillären, bis 1 cm hohen Warzen eingefafst.

Nun sieht man nicht ein, wie KAPOSI, nachdem er erklärt, dafs die Ichthyosis hystrix nur einen weiter vorgeschrittenen Grad der Ichthyosis simplex darstelle, sie als ein verallgemeinertes Papillom auffafst und im Zusammenhange mit derselben folgende Fälle anführt. Der eine betrifft ein kleines Mädchen, das er im Jahre 1875 in der Wiener medizinischen Gesellschaft vorstellte und bei welchem man eine allgemeine Ausbreitung und eine strahlenförmige Anordnung der „Warzen" konstatierte; dieselben hatten vorübergehend lokale Entzündungen und reichliche subakute epidermale Abschilferung hervorgerufen, wodurch sie das Bild einer Psoriasis oder eines Ekzems vortäuschten; aufserdem zwei andere, ähnliche Fälle akuter entzündlicher Erscheinungen mit ekzematoider Exsudation, wobei die Warzen in Linien längs dem Nervus ischiadicus und cruralis aufgetreten waren; endlich einen Fall von SHEARAR, den auch PHILIPPSON

erwähnt: ein Ekzem, das längs dem Nervus saphenus inferior entstanden war. Man versteht nicht, wie er diese Fälle mit der Ichthyosis zusammenwirft, da er doch als analoge Erscheinungen (generalisierte Papillome) auch die von BESNIER und GALLIARD[24] auffafst, welche zur Kategorie des Naevus papillaris (NEUMANN) gehörten.[25]

Wie man sieht, führen uns diese Analogien aus dem Rahmen der Ichthyosis hinaus. Wollten wir deshalb auch annehmen, dafs sie wirklich bestehen, so darf man hieraus noch nicht folgern, dafs die Ichthyosis hystrix nur einen höheren Grad der Ichthyosis simplex darstelle, sondern mufs jene als vollständig distinkte Krankheitsform auffassen und sie von der wahren Ichthyosis abtrennen, wie es bei uns bereits PROFETA[26] gethan.

Aus denselben Gründen ist die Auffassungsweise CROCKERS von der Ichthyosis hystrix unrichtig. Derselbe sagt in seinem (von PHILIPPSON angeführten) Lehrbuche: „Die Ichthyosis hystrix ist niemals eine universelle (? MIBELLI),[27] wenn sie sich auch ausbreiten kann und einige Teile zufälligerweise die charakteristischen Zeichen der Ichthyosis hystrix annehmen können, während der übrige Teil der Haut xerotisch ist. Zumeist bleibt aber die umliegende Haut ganz normal. Die Affektion ist selten symmetrisch, meist einseitig, am Rumpfe scharf durch die Mittellinie abgegrenzt, indem sie gleichzeitig längs den Hautnerven und infolgedessen an den Extremitäten in longitudinaler, am Rumpfe in querer Richtung verläuft. Der leichteste Grad der Ichthyosis hystrix wurde abwechselnd unter den verschiedenen Benennungen Naevus papillaris unius lateris, Nervennaevus, Papilloma neuropathicum, Papilloma neuroticum etc. bezeichnet.

Als sehr berechtigt erscheinen mir deshalb die tadelnden Worte BESNIERS (französische Übersetzung des KAPOSI, Bd. II, S. 60, in der Anmerkung) über diese Nachlässigkeit in der terminologischen Präzision, sowie über den Mifsbrauch des Namens einer Affektion (der die betreffende Bezeichnung ausschliefslich zukommt) auf verschiedene Läsionen zu übertragen, welche mehr oder weniger oberflächliche Übereinstimmung mit der Ichthyosis aufweisen, wie z. B. die Keratosis palmaris specialis, die Naevi verrucosi, die Keratosis linearis systematisata etc.

Man braucht sich nicht darüber zu wundern, dafs PHILIPPSON, gestützt auf die Voraussetzungen von KAPOSI und CROCKER, so eifrig für die Zugehörigkeit seiner Fälle zur Ichthyosis hystrix eintritt. Auf Grund dieser zweideutigen Voraussetzungen mufs er natürlich die Ichthyosis hystrix als zur Klasse der Naevi gehörend betrachten, jener kongenitalen Hautanomalien, welche aus einer Störung in der Entwickelung der embryo-

---

[24] *Ann. de derm. et de syph.* 1880. Heft VII.
[25] *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1878. S. 466.
[26] PROFETA. *Trattato delle mal. cut.* S. 440. Palermo 1881.
[27] Siehe den sehr wichtigen Fall von DE AMICIS, Istricismo con seborrea, in *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1884. S. 337.

nalen Haut entstanden sind.[28] Er muſs sie scharf von der Ichthyosis simplex unterscheiden, da diese im Gegenteil eine wirkliche Affektion darstellt mit verschiedenen Perioden der Zunahme, des Stillstandes und der Abnahme, während die Ichthyosis hystrix (nach PHILIPPSON), wenn sie sich einmal gebildet hat, wie die Naevi unverändert bleibt.

PHILIPPSON bemerkt aber nicht, daſs es gerade KAPOSI, dessen Autorität er zu seiner Verteidigung anruft, ist, welcher in erster Linie lehrt, daſs die Ichthyosis hystrix nur ein vorgeschrittener Grad von Ichthyosis simplex sei.

TOMMASOLI widerlegt mit viel Geschick die Beweisführung PHILIPPSONS und verteidigt die entgegengesetzte Ansicht, daſs nämlich die Ichthyosis hystrix nichts anderes sei als eine Varietät der Ichthyosis communis und (nach seiner im Widerspruche zu der von THIBIÈRGE und anderer stehenden Ansicht) wie diese eine wirkliche Krankheit, die in einer Ernährungsstörung toxischer Natur und nicht in einer Wachstumsanomalie besteht.[29] Mit dem Schlusse der Diskussion kommt er zur Überzeugung, daſs er sich gegenüber seinem Widersacher auf einem ganz anderen Boden befindet, indem die Fälle, auf die sich PHILIPPSON bei der Verteidigung seiner Ansicht stützt, etwas von der wirklichen Ichthyosis hystrix, wie er und andere sie auffassen, sehr verschiedenes seien. Er hält zum Schlusse an der Zugehörigkeit der Ichthyosis hystrix (als Varietät der Ichthyosis communis) zur Familie der Keratodermiten fest und reiht die Fälle PHILIPPSONS unter der von UNNA vorgeschlagenen Bezeichnung „Naevus linearis verrucosus“ in die Familie der Keratodermien ein.

Dieser Auffassungsweise, daſs die Ichthyosis hystrix eine Varietät der Ichthyosis communis bilde, möchte ich nun nicht beipflichten, indem es mir scheint, daſs wir uns heutzutage von der Ichthyosis hystrix, wie man sie auch immer auffassen mag, eine genaue Vorstellung machen können. Dagegen teile ich vollständig die Meinung TOMMASOLIS, daſs die von PHILIPPSON gesammelten und untersuchten Fälle (sowie auch die meinigen, welche mit diesen die gröſste Ähnlichkeit haben) ebensoviele Formen einfacher Keratodermien darstellen, die ganz verschieden sind von jeder Ichthyosis-Varietät, und daſs wir die für sie gewählte Bezeichnung von Ichthyosis mit irgend welchem Prädikat verwerfen müssen.

Müssen wir nach alledem diese Fälle als zu den Naevusbildungen gehörend betrachten?

Sehr klar in dieser Hinsicht ist das Urteil BESNIERS, welcher unter Hinweis auf die fraglichen Punkte im erklärenden Texte,[30] feststellt, daſs

---

[28] S. TOMMASOLI, Über autotoxische Keratodermiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Ergänzungsheft 1. 1893. S. 64 ff.

[29] TOMMASOLI, l. c.

[30] *Übersetzung von Kaposis Lehrbuch.* Bd. II. S. 60. Bemerkung 1.

alle vorerwähnten Fälle, welche KAPOSI als Formen der Ichthyosis hystrix auffafst, zu den Naevi keratotici systematisati hemiplegici gehören, „kongenitale Läsionen sind und Naevi, nicht aber eine Ichthyosis repräsentieren, welche eine fehlerhafte keratotische Entwickelung darstellt und deren Beginn in eine Zeit nach dem sechsten Monate nach der Geburt fällt. Die Naevi entwickeln sich auf verschiedene Weise weiter, die einen bleiben stationär, andere wachsen, und andere gehen zurück; die Ichthyosis ist regelmäfsig progressiv etc."

In ähnlicher Weise erwähnt THIBIÈRGE eine grofse Zahl von Fällen von Naevi, welche Ichthyosis vortäuschten, so dafs sie fast alle unter der Benennung Ichthyosis cornea[31] veröffentlicht wurden.

Wie verführerisch eine solche Auffassungsweise erscheinen mag, welche die genannten französischen Autoren von den angeführten Fällen hegen, so scheint mir doch, dafs wir uns nicht zu rasch diesem neuen Abgrunde zuwenden sollten, nachdem wir uns kaum von dem Absturz in den anderen gerettet haben. Um mich nicht weiter in eine lange Diskussion einzulassen, die ich hier als unpassend erachte, finde ich, dafs das Wort „Naevus" heute nicht weniger willkürlich gebraucht wird, als „Ichthyosis" welche Bezeichnung wir als für unseren Fall ungeeignet erklärt haben.

Wir haben schon gesehen, dafs PHILIPPSON als Grundcharakter der Naevi annimmt, dafs sie, nachdem sie sich einmal gebildet haben, sich nicht mehr verändern. Demgegenüber sagt BESNIER, dass „sie sich auf verschiedene Weise weiter entwickeln, einige stationär bleiben, andere wachsen, noch andere zurückgehen". Sehen wir noch bei anderen Autoren nach, so dürfte es nicht schwer fallen, sich zu überzeugen, dafs hierüber unter ihnen keine Uebereinstimmung herrscht, und dafs die Fortschritte der letzten Zeiten nur die Grenzen dieser Gruppe von Dermopathien noch mehr erweitert, so dafs wir heute nicht mehr wissen, gestützt, auf welche Thatsachen und welche essentielle und unveränderliche pathologische Bedingungen diese Veränderungen unter der allgemeinen Bezeichnung „Naevi" vereinigt werden sollen.

Da ich nicht über ein genügendes Beobachtungsmaterial verfüge, um die Angelegenheit zu vorteilhaftem Abschlusse zu bringen, konnte ich nicht näher, wie es mein Wunsch gewesen wäre, auf die Pathogenese der von mir illustrierten Fälle eingehen. Nichtsdestoweniger mufs ich bekennen, dafs ich im Hinblick auf gewisse Umstände geneigt bin, anzunehmen, dafs diese Fälle eine Entwickelungsstörung der Epidermis darstellen, nämlich wegen der äufserst langsamen, indolenten Entwickelung der Elementarläsionen; wegen ihres ursprünglichen Sitzes ausschliefslich in der Epidermis und ihren Drüsenanhängen, ohne dafs entzündliche oder ähnliche Er-

[31] *Dict. encycl. des sciences. méd.* Artikel Ichthyosis. S. 375.

scheinungen vorangegangen wären; wegen des Umstandes, dafs mehrere Mitglieder derselben Familie davon befallen werden können etc.

Ich schliefse a priori die Möglichkeit eines parasitären Ursprunges der Läsionen nicht aus, eine Hypothese welche dadurch um so mehr Beachtung verdient, nachdem Prof. CAMPANA einen Fall von Psorospermosis ichthyosiformis veröffentlicht hat.[32] Doch mufs ich erklären, dafs alle meine diesbezüglichen Untersuchungen negativ ausfielen.

Wollte man auch die erstere Hypothese definitiv annehmen (welche die zweite übrigens nicht ausschliessen würde),[33] so wäre man doch nicht berechtigt, diese Fälle unter die naevusähnlichen Formen zu zählen. Wenn es demnach wahr ist (wie es heute viele annehmen, und wie BESNIER[34] lehrt), dafs man, wenn von Naevus gesprochen wird, das Appellativum maternus dazuzudenken hat, was eine kongenitale Störung andeutet, die ihrerseits stets das Resultat einer intrauterinen, konstitutionellen Bildungsstörung ist; wenn es ferner wahr ist, dafs sich nicht alle Naevi nothwendigerweise schon zur Zeit der Geburt erkennen lassen: so müfste es als befremdend erscheinen, dafs man eine Veränderung noch Naevus nennt, welche im 7., 10. bis zum 60. Jahre auftritt; dem könnte man kaum beistimmen. Denn es wäre wirklich ein Mifsbrauch der Terminologie (worüber sich BESNIER so bitter beklagt), wollte man die Bezeichnung Naevi auf gewisse Affektionen übertragen, einzig weil sie sich als abhängig von einer Entwickelungsanomalie und nicht von einer einfachen Ernährungsstörung erweisen.

Wollen wir unsere nosologische Aufgabe gründlich lösen, so müssen wir uns stets gegenwärtig halten, dafs in unseren Fällen die auffallendste Thatsache, die sich dem Geiste des Klassifikators einprägen mufs, in der öfters angeführten keratophoren Veränderung der Knäueldrüsengänge besteht. Diese Veränderung mufs ebenfalls als besonderer und charakteristischer Art betrachtet werden, da hier die Knäueldrüsengänge die am schwersten und an einigen Stellen ausschliefslich befallenen Theile darstellen, während sie in vielen Formen von Hyperkeratose gänzlich unverändert bleiben. Man kann deshalb auch nicht die Ansicht verwerfen, dafs eine ursprüngliche Störung der Schweifssecretion zum Ausgangspunkte des ganzen krankhaften Prozesses werden kann.

Nun ist es eine alte Regel der allgemeinen Pathologie, dafs zur Aufstellung einer guten Nosologie Kriterien verschiedener Art zusammenwirken müssen, und zwar sowohl solche, die von der Semiologie, wie von der pathologischen Anatomie und der Ätiogenese der Krankheiten abgeleitet werden. Ohne Zweifel läfst sich von dieser letzteren auch das

[32] CAMPANA, *Ittiosi cornea e psorospermosi.* Genova 1892.

[33] UNNA, Naevi und Naevocarcinome. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 1. Sonderabdruck S. 10.

[34] *Übersetzung des Kaposi.* Bd. II. S. 357 in der Anmerkung.

wichtigste, wie auch dasjenige, welches besser wie die anderen die Natur der Krankheiten erkennen läfst, ableiten.

Wie sehr auch die heutige Studienrichtung das Gebäude der Pathologie auf dieser Grundlage aufzubauen trachtet, so sehen wir doch, dafs heute noch viele Krankheiten ihr Wesen als nosologische Einheiten von der besonderen Symptomatologie ableiten, andere von der Besonderheit des pathologisch-anatomischen Prozesses, der ihnen eigen ist.

Wir können uns deshalb dieses letzteren Kriteriums auch in unseren Fällen bedienen, welche mit entsprechendem, charakteristischem, semiotischem Bilde durch einen besonderen pathologisch-anatomischen Prozefs dargestellt werden.

Auf diese Weise können wir wenigstens provisorisch bis die Ätiologie und Pathogenese besser bekannt ist, jenen krankhaften Zustand, den wir als Porokeratose beschrieben haben, als eine eigene Affektion betrachten und den Schlufs ziehen, dafs, in derselben Weise, wie es eine Hyperkeratose der Haarfollikel, eine „Keratosis pilaris", giebt, auch eine andere Affektion vorkommt, die hauptsächlich in einer Hyperkeratose der Knäueldrüsenkanäle besteht: die Porokeratose.

Es mag demnach meine gegenwärtige Arbeit als ein erstes Dokument zur Geschichte der Porokeratosen dienen, dem, so hoffe ich, sich bald weitere Forschungen von anderer Seite hinzugesellen werden.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Freiburg (Schweiz).

Erklärung der Abbildungen.[1]

Fig. 2 der *VI. Taf.*, und *Fig. 5, 6,* 8, *9, 10* der *VII. Taf.* sind nach in FLEMMING-scher Lösung fixierten und mit Safranin gefärbten Präparaten aufgenommen, *Fig. 7* von einem in Alkohol fixierten und mit Alaunkarmin gefärbten Präparate).

Taf. VI, Fig. 1, 3, 4. — Äufsere Ansicht der Hautläsionen des rechten Vorderarms und der Handrücken des Kranken Bozzani.

Fig. 2. — Senkrechter Schnitt einer hornartigen Bildung vom rechten Handrücken des Kranken Rossi.

Taf. VII. — (Alle Figuren nach Präparaten vom Kranken Bozzani). — *Fig. 5, 6,* Senkrechte Schnitte der peripheren Wälle der alten, aus dem linken Handrücken entfernten Efflorescenz.

Fig. 7. — Senkrechter Schnitt der warzenförmigen Erhabenheit aus dem Ulnarrande der linken Hand: an der rechten Seite sieht man den Schnitt des peripheren Walles.

Fig. 8. — Senkrechter Schnitt aufser dem peripheren Wall der alten Efflorescenz des linken Handrückens.

Fig. 9. Senkrechter Schnitt des peripheren Walles der Efflorescenz vom linken Vorderarm.

Fig. 10. — Aus einem senkrechten Schnitte der alten Efflorescenz der linken Hand: zeigt einen hyperkeratotischen Knäueldrüsengang und das atrophische Herabsteigen der Hornschicht, welches demselben entspricht.

[1] Die histologischen Abbildungen sind mit Dr. G. VANGHETTIS „Iconograph", s. *Monitore zoolog. ital.* 1893, No. 7, angefertigt.

(Aus der medizinischen Klinik zu Kiel.)

Über die Beziehungen zwischen Asthma und Psoriasis.[1]

Von

Dr. R. Hölscher.

Nicht selten werden bei akuten, wie chronischen Hautleiden gleichzeitig Erkrankungen innerer Organe beobachtet, häufig solche der Bronchien, die oft mit asthmatischen Anfällen einhergehen. Eine derartige Koincidenz von Hautleiden — Psoriasis — mit Bronchialerkrankung — Asthma — gelangte im Laufe der letzten Jahre auf der medizinischen Klinik zu Kiel in vier Fällen zur Beobachtung.

I. Im ersten Falle handelte es sich um einen 33jährigen Glaser, bei dem die Psoriasis schon seit vielen Jahren angeblich infolge von Potatorium öfters recidiviert war, und bei dem sie einige Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik von katarrhalischen Erscheinungen seitens der Lungen begleitet wieder auftrat, auch wieder angeblich infolge starken Potatoriums. Die Psoriasis war über den ganzen Körper verbreitet mit Ausnahme des Gesichts; die Bronchialaffektion bestand in starken, besonders nachts sich einstellenden Anfällen von Atemnot mit viel Husten und Auswurf, über den Lungen war überall scharfes Vesiculäratmen mit reichlichem trockenen Rasseln zu hören. Therapie: innerlich: Apomorphin, später dazu Acid. arsenicos., 8 mg pro die; subkutan Pilokarpininjektionen; äufserlich: teils Chrysarobin-Traumaticin, teils Teer. Nach einer 40tägigen Behandlungsdauer, während welcher die Dermatose, wie die Bronchialaffektion gleichmäfsig abnahm, wurde Patient geheilt entlassen.

II. Ein 39jähriger Zimmermann litt seit einer vor sechs Jahren überstandenen Lungenentzündung an geringem Husten mit Auswurf; zu diesen geringen Beschwerden kam vor drei Jahren ein Hautausschlag, der zuerst an Knien und Ellenbogen auftrat, sich aber nicht weiter ausbreitete. Fünf Wochen vor der Aufnahme des Patienten in die Klinik begann sich der Hautausschlag über den ganzen Körper auszubreiten, während fast gleichzeitig sich der geringe Husten mit Auswurf zu starken Husten- und Asthmaanfällen steigerte. Bei seiner Aufnahme war der gröfste Teil des Körpers von Psoriasisplaques bedeckt; über den Lungen hörte man zahlreiche trockene Rasselgeräusche. Dabei bestand starker Husten mit Auswurf neben asthmatischen Anfällen. Therapie: Apomorphin, Pilokarpin subkutan, äufserlich später noch Teer. Nach 14 Tagen sind Bronchial- und Hautaffektion gleichmäfsig soweit zurückgegangen, dafs der Lungenbefund, abgesehen von geringem Emphysem, normal ist, die Haut an Stelle der früheren Psoriasisefflorescenzen nur noch geringe Rötung zeigt. Im folgenden Jahre war derselbe Patient wieder im Hospital wegen der nämlichen beiden Leiden. Bei der Wiederaufnahme war der ganze Körper mit wenigen Ausnahmen von Psoriasis befallen, über den Lungen bestanden die Zeichen eines trockenen Katarrhs mit asthmatischen Anfällen. Therapie: wie früher Pilokarpin, innerlich Kal. jodat. mit Liq. ammon. anisat. Die Lungenaffektion besserte sich schon nach einer Woche bedeutend, das Hautleiden nahm dagegen an In- und Extensität zu;

[1] Auszug aus der unter dem gleichen Titel erschienenen Inaugural-Dissertation, (Kiel 1893), die auch nähere Litteraturangaben enthält.

unter der jetzt eingeleiteten Behandlung: Chrysarobin, Teer und graue Salbe äufserlich, verschwand dann auch die Psoriasis, so dafs Patient nach sechs Wochen als bedeutend gebessert entlassen werden konnte. Ambulant liefs sich der Patient noch öfters sehen, er war dann entweder frei von Beschwerden, oder litt an beiden Affektionen.

III. Bei einem 19jährigen Dienstmädchen besteht von Kindheit an neben chronischer, nach Erkältungen sich verschlimmernder Kurzluftigkeit eine Psoriasis an Knien und Ellenbogen, die ebenfalls manchmal gröfsere Ausbreitung zeigt. Bei der Aufnahme war ziemlich starke Kurzluftigkeit mit Husten und Auswurf vorhanden, über den Lungen verschärftes Vesikuläratmen mit Giemen und Pfeifen zu hören, auf der Haut an Knie und Ellenbogen, Brust, Bauch und Rücken Psoriasisefflorescenzen zu sehen. Therapie: Pilokarpin und Apomorphin. Die Kurzluftigkeit und der Bronchialkatarrh nehmen schnell unter der Behandlung ab, dagegen breitet sich das Exanthem noch weiter aus. Statt Pilokarpin wird jetzt Arsenik innerlich gegeben, wodurch ohne sonstige Behandlung die Psoriasis nach sechs Wochen in völlige Heilung übergeht, während zugleich auch der Bronchialkatarrh vollständig aufgehört hat.

IV. Ein 48jähriger Maler leidet schon seit langer Zeit an asthmatischen Anfällen, er befand sich deshalb schon öfters in Behandlung der medizinischen Klinik; seit langer Zeit leidet er ebenfalls an einem Ausschlage am rechten Arm und linken Bein, der aus braunen Pigmentflecken besteht und zu Zeiten etwas stärker hervortritt. Jedesmal bei der Aufnahme bot Patient das Bild einer trockenen Bronchitis mit asthmatischen Anfällen; bei der vorletzten Krankenhausbehandlung im November bis December 1892 hatte die Bronchialaffektion soweit abgenommen, dafs Patient sehr gebessert entlassen werden konnte, gleichzeitig aber hatte das Exanthem begonnen, sich weiter auszubreiten, und schon zwei Tage nach der Entlassung suchte Patient die Klinik wieder auf, da zugleich mit der weiteren Ausbreitung der Psoriasis auch die asthmatischen Anfälle in erhöhtem Mafse wieder auftraten. Unter der jetzt eingeleiteten Therapie: Apomorphin, Pilokarpin, pneumatisches Kabinett besserte sich Haut- und Schleimhautaffektion gleichmäfsig, so dafs nach sechs Wochen völlige Heilung beider Leiden eingetreten war.

In allen vier Fällen ist der Zusammenhang zwischen Psoriasis und Asthma unverkennbar: mehr oder weniger gleichzeitiger Beginn oder Exacerbation beider, manchmal ganz analoger Verlauf, manchmal Alternieren beider Affektionen, oft sind die gleichen Einflüsse schädlich, oft nützlich.

Ein solches Nebeneinandervorkommen von Haut- und Schleimhauterkrankung ist eine allgemein bekannte Thatsache. Typisch ist es bei den exanthematischen Fiebern: Pocken, Scharlach, Masern, sehr häufig ist es bei anämischen und kachektischen Zuständen, bei Skrophulose und bei Gicht.

Für die Beurteilung, ob eine gleichzeitige Haut- und Schleimhauterkrankung als zufällig oder als auf derselben Ursache beruhend aufgefafst werden mufs, bietet uns aufser den sichtbaren Schleimhäuten besonders die des Respirationsorganes einen günstigen Boden, da wir uns durch Auskultation und Perkussion, sowie Untersuchung des Sekretes über den jedesmaligen Stand der Erkrankung einen Überblick verschaffen können. Am besten von den Bronchialerkrankungen sind in dieser Beziehung wieder die schubweise auftretenden zu beurteilen; zu ihnen gehört das

Asthma. Verläuft oder beginnt dieses also mit der ebenfalls schubweise auftretenden Psoriasis mit gewisser Gleichmäfsigkeit, so ist ihr innerer Zusammenhang wahrscheinlich.

In den Litteraturangaben über einen solchen Zusammenhang zwischen Asthma und Hautleiden findet sich eine grofse Ungleichmäfsigkeit zwischen einheimischen und fremden Autoren; erstere beobachten ihn fast gar nicht, oder doch sehr wenig, letztere sehr viel. Dies hat jedenfalls seinen Grund in der verschiedenen Auffassung der Ätiologie der Hautleiden. In Deutschland hat HEBRAS Ansicht von dem lokalen Charakter der meisten Hautleiden die gröfste Geltung, während in aufserdeutschen Ländern die Anschauung der alten Medizin von der konstitutionellen Grundlage der Hautleiden die meisten Anhänger zählt. Diese Verschiedenheit der Ansichten erstreckt sich besonders auch auf die Ätiologie der Psoriasis; auch hier steht HEBRA im Gegensatze zu vielen Autoren (WILSON, POLOTEBNOW u. a.).

Was nun die Litteratur über die Beziehungen zwischen Hautleiden und Asthma anbetrifft, so finden wir zahlreiche Angaben besonders ausländischer Autoren über das gleichzeitige oder alternierende Auftreten von Asthma mit Ekzemen und Hautleiden „herpetischer" Natur (TROUSSEAU, WILLIAMS, LAILLANT, BALFOUR u. a.); auch UNNA berichtet über „vorzugsweise bei Kindern und jungen Leuten vorkommende periodische, mit Asthma kombinierte Ekzeme". Andere Autoren, wie UNGAR, PRYCE und WARNER, sahen Urticaria mit Asthma zugleich auftreten. Auch andere Bronchialerkrankungen, einfache Katarrhe, sowie Erkrankungen der Schleimhaut, der Mund- und Nasenhöhle, des Pharynx und des Larynx sind vielfach bei Hautleiden beobachtet worden. In den beschriebenen Fällen fanden sich dann auf den sichtbaren Schleimhäuten den Hauteffloreszenzen ganz ähnliche Bildungen vor; auf den unsichtbaren mufste ihr Vorhandensein nach Auftreten und Verlauf des Leidens vermutet werden. Derartige Schleimhautaffektionen sind bei Pemphigus (SENFTLEBEN, CASTAN u. a.), bei Erythema exsudativ. multif. (LIPP, BEHREND etc.), bei Lichen ruber planus (THIBIÈRGE, TOUTON etc.), bei akutem angioneurotischen Ödem (QUINCKE, DINCKELACKER), in einem Falle (POSPELOW) auch bei Psoriasis zur Beobachtung gelangt.

Die Hauptangaben über das Zusammenvorkommen von Psoriasis und Asthma verdanken wir GASKOIN und BULKLEY. Ersterer fand bei 2000 Hautkranken 141 mal Asthma, darunter 65 mal bei Psoriasis, 28 mal bei Ekzem, die übrigen Male bei Akne, Sycosis und anderen Hautleiden. BULKLEY sah bei 196 Psoriatikern nur einen, der zugleich an Asthma litt, dagegen waren von 1500 Ekzemkranken 20, von 948 Aknekranken 7 und von 68 an Urticaria Leidenden 5 zugleich von Asthma befallen. BULKLEY erklärt diesen in betreff der Häufigkeit des Vorkommens von Asthma bei Psoriasis zwischen seinen und GASKOINS Angaben bestehenden Widerspruch

damit, dafs er nur „rein nervöses“ Asthma berücksichtigt hätte; würde er, wie GASKOIN, alles, was im Sprachgebrauche der englischen Zunge „Asthma“ genannt würde, in Betracht gezogen haben, so hätte er noch 20 und mehr Fälle von Psoriasis anführen können, bei denen zugleich Asthma bestand.

In unseren vier, sowie den meisten der angeführten Fälle des Zusammenvorkommens von Asthma mit Hautleiden darf diese Kombination jedenfalls nicht als zufällig angesehen werden, sondern sie hat ihren Grund in inneren Ursachen; daher ist die Ansicht der Engländer, Franzosen und Amerikaner von der konstitutionellen Grundlage der meisten Hautleiden nicht so abzuweisen, wie es bei uns meist geschieht. Für Psoriasis speziell kann es sehr wohl innere Ursachen für ihr Auftreten geben, das beweisen verschiedene Beobachtungen (cfr. BEHREND, *Lehrb. d. Hautkrankh.* S. 265). Auch für viele Fälle von Asthma sind innere Ursachen nachweisbar, so für das Asthma dyspepticum, uraemicum, saturninum, mercuriale, Asthma bei Skrophulose, Rhachitis und Anämie. Wie diese Fälle von Asthma, so sprechen auch die Fälle des Zusammenvorkommens von Asthma mit Hautleiden, das „Asthma herpeticum“ für die Annahme von Konstitutionsstörungen als Entstehungsursache. Auch ist denkbar, dafs dieselben oder ähnliche Veränderungen, wie sie auf der Haut bestehen, auch auf der Bronchialschleimhaut zur Entwickelung gelangen. BULKLEY neigt daher TH. WEBERS Ansicht von der Entstehung der Asthmaparoxysmen zu; er glaubt den akuten Schwellungskatarrh beim asthmatischen Anfall, vorausgesetzt, dafs Asthma mit Hautleiden kombiniert ist, bedingt durch Urticariaeruptionen auf der Bronchialschleimhaut.

Welcher Art nun aber auch die Bronchialerkrankung sein mag, jedenfalls sind für viele Fälle von Asthma anatomische Abweichungen im Bau der Bronchialschleimhaut anzunehmen, die oft nur vorübergehend sind, oft dauernd bleiben, die aber eine Vulnerabilität gegenüber gewissen äufseren Reizen und leichteren Cirkulationsstörungen darstellen. Für das Zustandekommen des asthmatischen Anfalls ist demnach die Koincidenz von mindestens zwei Umständen erforderlich. Die Vulnerabilität der Bronchialschleimhaut mufs vorhanden sein, der asthmatische Anfall wird aber erst ausgelöst, wenn Reize, einerlei, ob innere oder äufsere, das Respirationsorgan treffen. Dasselbe gilt von vielen Hautleiden, besonders von der Psoriasis, hier mufs man auch eine gewisse Vulnerabilität der Haut annehmen, die auf Reize mit dem Auftreten von Psoriasisefflorescenzen antwortet.

Die geschilderten Fälle zeigen, dafs diese Vulnerabilität der Haut und der Schleimhaut nicht selten bei demselben Individuum vereinigt vorkommt, dafs sie dann entweder zu gleichzeitigem oder zu alternierendem Auftreten beider Affektionen Veranlassung giebt.

Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten.

Von

C. H. Neebe und P. G. Unna.

Sabrazès macht uns in seiner Arbeit: *Sur le favus de l'homme, du chien et de la poule* (cfr. Ref. S. 475) den Vorwurf, dafs wir auf den Pleomorphismus des Pilzes, welcher Favus beim Menschen erzeugt, nicht genügende Rücksicht genommen hätten, und dafs dieser Umstand uns dazu verleitet hätte, die neun verschiedenen Achorionarten aufzustellen. Sabrazès erklärt aufser dem Achorion euthythrix und atacton (Unna) alle übrigen von uns angeführten Pilze für identisch, für pleomorphistische Abwandlungen eines und desselben Pilzes. Wir halten uns für verpflichtet, das Unberechtigte dieser Vorwürfe mit einigen Worten nachzuweisen.

Mit dem Pleomorphismus der niederen Pilze in Bezug sowohl auf Wuchsformen, wie auf Fruktifikation hat selbstverständlich ein jeder zu kämpfen, welcher sich mit diesem Studium befafst. Die chemische Zusammensetzung und physikalische Beschaffenheit des Nährbodens, sowie die Temperatur sind vor allen Dingen diejenigen Faktoren, welche selbst bei geringen Differenzen zu ganz verschiedenen Befunden führen können. Gerade erst durch Regulierung dieser störenden Faktoren sind wir allmählich zu einheitlichen Resultaten gelangt, und zwar auf folgende Weise:

Wir brauchten zunächst einen einheitlichen Nährboden, von welchem wir durch Erfahrung wufsten, dafs derselbe einen mittleren guten Nährboden darstellte. Stets haben wir alle Pilze auf demselben Nährboden von derselben Abkochung geprüft, und im Falle irgend eines Zweifels an ihrer Verschiedenheit haben wir die Pilze in grofsen Doppelschälchen auf einer Platte nebeneinander geimpft und verglichen. Zu den Kartoffelkulturen verwendeten wir stets eine einzige grofse Kartoffel und stellten aus dieser die Scheiben für die Kulturen dar. Stets haben alle Beobachtungen und Vergleiche stattgefunden bei derselben Temperatur 37° C. Bevor man uns den Vorwurf macht, dafs wir den Pleomorphismus der Pilze unberücksichtigt gelassen hätten, sollte man unter den gleichen Kautelen arbeiten, wie wir.

Die von uns angegebenen differentiell-diagnostischen Merkmale sind gewonnen worden auf Grund aufserordentlich zahlreicher Beobachtungen. Einen Übergang des einen Pilzes in den anderen haben wir nicht aufzufinden vermocht. Wir geben gern zu, dafs es sich bei Achorion euthy-

thrix und atacton einerseits, ebenso bei Achorion acromegalicum, demergens und cysticum andererseits um Pilzarten handelt, welche sehr nahe miteinander verwandt sind und welche nur durch die oben angegebenen, absolut notwendigen Kautelen sich differenzieren lassen. Von den übrigen Pilzen sind wir überzeugt, dafs dieselben so grofse Differenzen untereinander darbieten, dafs es unstatthaft sein dürfte, dieselben einfach für identisch zu erklären.

Für die Identität von Achorion dikroon (UNNA) und Achorion moniliforme (KRAL) beruft sich SABRAZÈS auf die Arbeit von JESSNER. Unsere zahlreichen vergleichenden Untersuchungen, welche wir seit 1½ Jahren angestellt haben, befähigen uns, diese Ansicht durch beweiskräftige Gründe zu widerlegen.

	Achorion dikroon (UNNA)	Achorion moniliforme (KRAL)
Gelatine	Pilzdecke weifslich bestäubt, auf der Gelatine schwimmend und das ganze Lumen des Reagensröhrchens ausfüllend. Verflüssigung der Gelatine schon nach drei Wochen, obwohl der Pilz erst am 8. bis 10. Tage makroskopisch sichtbares Wachstum zeigt.	Kein Oberflächenwachstum. Verflüssigung der Gelatine erst nach 1½—2 Monaten.
Kartoffel	Beginn des Wachtums erst nach neun Tagen. Stecknadelkopf-grofse Herde von der Farbe der Kartoffel.	Beginn des Wachstums schon nach 1 bis 2 Tagen. Unregelmäfsig geformte hohe Faltenbildungen.
Blutserum	Zahlreiche kleinste Herde, welche fast nur aus Rosenkränzen bestehen.	Niemals isolierte kleine Herde. Niemals Rosenkränze.

Wie aus dieser kleinen Tabelle ersichtlich, sind diese makroskopischen und mikroskopischen, absolut konstanten Differenzen sehr bedeutend. Es ist uns vollkommen unverständlich, wie SABRAZÈS diese so leicht zu kontrollierenden Unterschiede einfach unberücksichtigt lassen konnte. Ehe es SABRAZÈS nicht gelingt, aus dem Kralschen Pilze konstant kleine multiple, nur aus Rosenkränzen bestehende Herde auf Blutserum zu züchten, müssen wir auf unserer Behauptung von der Verschiedenheit von Achorion dikroon und Achorion moniliforme (KRAL) bestehen.

Auf den Vorwurf, dafs wir MIBELLIS Pilz nicht mit dem KRALschen

Pilz identificierten, müssen wir ebenfalls etwas näher eingehen. MIBELLI erklärt in seiner Arbeit als sehr charakteristisch für seinen Pilz das konzentrische Wachstum, eine Erscheinung, welche wir mit Zonenwachstum bezeichneten. Bei der Beschreibung seines Pilzes hat KRAL diese „charakteristische" Eigenschaft mit keinem Wort zu erwähnen für nötig gehalten, und auch wir haben diesen Befund bei Krals Pilz niemals erheben können. Abgesehen hiervon aber bestehen nach unseren zahlreichen Untersuchungen zwischen diesen beiden Pilzen, stets unter gleichen Bedingungen gezüchtet, folgende Differenzen:

	Achorion radians (MIBELLI)	Achorion moniliforme (KRAL)
Gelatine	Mit schneeweifsem kurzen Luftmycel bedeckter, auf der Gelatine schwimmender Pilzrasen. Gelatine schon nach drei Wochen 1 cm hoch verflüssigt.	Kein Oberflächenwachstum. Verflüssigung der Gelatine erst nach 1½—2 Monaten.
Kartoffel	Pfefferkorngrofse konfluierende Herde. Niemals Faltenbildungen.	Unregelmäfig geformte, hohe, steile Faltenbildungen.
Agar	Flaches, weifes Luftpolster mit Zonenbildung. Radiäre Ausstrahlung in den Nährboden.	Luftmycelloser Oberflächenrasen. Niemals Zonenbildung. Moosartige Verzweigung in den Nährboden.

In dieser Tabelle haben wir einige charakteristische Eigenschaften des Kralschen Pilzes, welche dieser Autor selbst aufführt und welche für die differentielle Diagnostik die wichtigsten sind, angegeben. Wir haben diese Eigenschaften bei dem Kralschen Pilz ebenfalls vollauf bestätigen können. Warum ist es uns nicht möglich gewesen, bei dem uns von MIBELLI zugeschickten Pilze, diese Charakteristik wiederzufinden? Niemals hat bei unseren Kulturversuchen der Kralsche Pilz konzentrisches Wachstum auf der Oberfläche gezeigt. Niemals hat der Mibellische Pilz auf Agar die vom fünften bis siebenten Tage auftretenden Rosenkränze zu bilden vermocht. Besäfsen diese Pilze die ihnen von SABRAZÈS zugeschriebenen pleomorphistischen Anwandlungen, so hätten solche uns sicherlich nicht entgehen können.

Bei der Gruppe Achorion acromegalicum, demergens und cysticum haben wir niemals Gelegenheit gehabt, Rosenkranzbildungen zu sehen; diese Pilze haben die Gelatine verhältnismäfsig rasch (mehrere Tage bis spätestens 14 Tage nach dem makroskopisch sichtbaren Wachstum), und

zwar stets farblos, verflüssigt. Bei irgend welcher Neigung zum Pleomorphismus unter denselben Bedingungen hätte sich mit Sicherheit erwarten lassen, dafs sie Gelatine von derselben Mache in einigen Impfungen nicht verflüssigt, dafs sie auf Agar Rosenkränze gebildet hatten. Niemals war dies aber der Fall. Auch PLAUT hat uns zugegeben, dafs er niemals dieses konstante Fehlen von Rosenkränzen bei seinem mit dem KRALschen identischen Pilze beobachtet habe.

KRAL hat an SABRAZÈS im Brustton der Überzeugung geschrieben: „Es giebt nur einen Acharionpilz, welcher beim Menschen Favus erzeugt." Wir führen dieser Behauptung gegenüber nur folgende feststehende und bereits allgemein anerkannte Thatsachen an. QUINCKES Pilz stimmt nach KRALS eigenen Angaben nicht mit seinem Pilze überein. Da derselbe allen KOCHschen Anforderungen an einen pathophoren Pilz entspricht und das Ausgangsmaterial Menschenfavus war, so mufs dieser Pilz als eine besondere Achorionart des Menschen angesehen werden. Der Pilz des Hundefavus (SABRAZÈS) ist ebenfalls für den Menschen pathophor und besitzt morphologische und biologische Eigenschaften, welche keinem der bisher bekannten Favusarten zukommt. UNNAS Achorion euthytrix und atacton erfüllen, wie jetzt allgemein anerkannt wird, ebenfalls alle Ansprüche und sind mit keinem der bisher genannten identificierbar. Warum sollen nun nicht noch andere Fadenpilze existieren, für welche der supponierte Pleomorphismus zur Erklärung nicht ausreicht?

Wir sind überzeugt, dafs eine vorurteilsfreie Prüfung mit den von uns angegebenen Kautelen in nicht zu langer Zeit zur allgemeinen Anerkennung der von uns aufgestellten Achorionarten führen mufs. Übrigens wird man es uns nach den gemachten Erfahrungen nicht verdenken können, wenn wir in Zukunft an jeden Favusforscher das Verlangen stellen, dafs er eine Identitätserklärung von Favuspilzen nicht ohne die folgenden absolut notwendigen Identitätsbeweise abgebe.

Zwei für identisch erklärte Favuspilze müssen folgende Bedingungen erfüllen:

1. Sie dürfen auf einer und derselben Agarplatte keine makroskopisch sichtbaren Differenzen in der Art des Wachstums (Luftmycel, Art der Ausbreitung auf der Oberfläche, Tiefenwachstum) aufweisen.

2. Sie dürfen in ihrem peptischen Verhalten gegen Gelatine und Blutserum keinen Unterschied darbieten.

3. Das — bei einigen Arten so charakteristische — Wachstum auf Kartoffeln mufs genau übereinstimmen.

4. Bei mikroskopischer Beobachtung des aus einer Spore gezüchteten Pilzes (Minimalkulturen) dürfen keine quantitativen und qualitativen Differenzen in der Fruchtbildung (Luftsporen und Rosenkränze) auftreten.

5. Die bei einigen Favusarten vorkommenden Kronleuchter- und Blasenbildungen, sowie der Austritt gelber Massen müssen, wenn vorhanden, quantitative und qualitative Übereinstimmung zeigen.

Bei diesen differential-diagnostischen Kulturen muſs selbstverständlich stets dieselbe (Körper-)Temperatur eingehalten werden.

Sollten nach Anwendung aller dieser Kautelen wegen der Variabilität der Pilze noch Zweifel über Identität und Nichtidentität bestehen, dann müssen die fraglichen Pilze auf derselben Platte nebeneinander gezüchtet und die Agarschnitte der Kulturen mikroskopisch miteinander verglichen werden. (Letzteres wird bei Vergleich von Achorion tarsiferon und Achorion moniliforme notwendig.)

Wir können nicht behaupten, daſs diese von uns eingehaltenen Kautelen von allen neueren Favusforschern genügend berücksichtigt worden sind. Aber wir müssen in Zukunft an jeden Forscher, welcher heutzutage die Einheit der Favuspilze noch behauptet, indem er sich auf einen nie bewiesenen, schrankenlosen Pleomorphismus der Favuspilze stützt, das Verlangen stellen, daſs seine Kulturen, unter obigen, genau präcisierten Bedingungen untersucht, eine absolute Identität aufweisen.

Wir sind überzeugt, daſs nur solche Arbeiten über die Arten des Favuspilzes auf dauernde Anerkennung rechnen dürfen, welche die von uns eingehaltenen Kautelen befolgen.

Aus der Praxis.

Mundpflege und Kali chloricum.

Von

P. G. Unna.

Im Jahre 1884 veröffentlichte Miller in der *Deutschen medizinischen Wochenschrift* zum ersten Male die Resultate seiner Versuche über die Wirkung verschiedener antiseptischer Mittel auf die von ihm rein gezüchteten Bakterien der Mundhöhle. Diese Resultate interessierten mich im höchsten Grade, speziell deshalb, weil ich bereits damals auf die konstante Mitwirkung der Spaltpilze bei der Erzeugung der merkuriellen Stomatitis aufmerksam geworden war. Es fiel mir nun auf, daſs in den Millerschen Tabellen die bisher am meisten gegen diese Affektion angewandten, bewährten Mittel: chlorsaures Kali und übermangansaures Kali fehlten, und ich erlaubte mir damals, dem Autor den Vorschlag zu unterbreiten, bei der Fortsetzung seiner Versuche auch die Klasse der oxydierenden Substanzen: speziell Kali chloricum, Kali hypermanganicum und Wasserstoffsuperoxyd einer Prüfung zu unterziehen. Mich leitete dabei der Gedanke, daſs die Bakterien der Mundhöhle wohl an die in derselben fortdauernd stattfindenden Reduktionsprozesse adaptiert sein möchten und die

oxydierenden Mittel möglicherweise ihnen den Nährboden verschlechtern würden. Herr Prof. MILLER war auch wirklich so freundlich, auf meinen Vorschlag bereitwilligst einzugehen, und publicierte im darauffolgenden Jahre einige neue Tabellen,[1] in welche er die betreffenden drei Mittel mit aufgenommen hatte.

Es stellte sich dabei heraus, dafs nur Wasserstoffsuperoxyd eine starke, direkte Schädigung des Wachstums der Mundhöhlenpilze bewirkte; es nimmt in der Tabelle gleich hinter Sublimat und Höllenstein seinen Platz ein. Viel schwächer wirkte übermangansaures Kali und auffallend schwach sogar chlorsaures Kali, welches am Ende der ganzen Reihe Antiseptica zu finden ist. Dasselbe wirkte erst in der Konzentration von 1 : 8 verhindernd auf die Spaltpilzentwickelung.

Dieser anscheinend negative Ausfall der MILLERschen Versuche ist offenbar nicht ohne Einfluſs auf die Stellung gewesen, welche das chlorsaure Kali heutzutage unter den bei der Mundpflege in Betracht kommenden Mitteln einnimmt. Ich darf wohl voraussetzen, dafs die moderne Antisepsis der Mundhöhle sich völlig mit den Prinzipien deckt, welche in dem vorzüglichen und allgemein bekannten Handbuche von MILLER niedergelegt sind. Von den speziell oxydierenden Mitteln hat nur das Wasserstoffsuperoxyd, soviel ich sehe, sich darin einen bescheidenen Platz gewahrt. Von den anderen sagt MILLER (pag. 226):

„Bemerkenswert ist es, dafs die altbewährten Mittel: chlorsaures Kali und mangansaures Kali so untergeordnete antiseptische Eigenschaften besitzen. Ähnlich wie bei dem Jodoform scheint die günstige Wirkung dieser Mittel auf anderen als den antiseptischen Eigenschaften zu beruhen."

Ich persönlich war nun schon, als ich von den Tabellen MILLERS Kenntnis erhielt, zu lange von dem vorzüglichen, ich möchte sagen, spezifischen Einflusse des chlorsauren Kalis auf die verschiedensten, mit Spaltpilzentwickelung einhergehenden Mundkrankheiten überzeugt, um mein Lieblingsmittel deshalb völlig aufzugeben. Ich zog mir nur aus der Tabelle die Nutzanwendung, dafs ich, wenn ich den Effekt des Kali chloricum zu einem „antiseptischen" steigern wollte, viel höhere Konzentrationen benutzen müsse als vorher. Ich liefs daher alle Lösungen überhaupt beiseite und bediente mich von da ab nur noch des reinen, unvermischten chlorsauren Kalis in Substanz oder sehr hoch prozentuierter 50%iger Kali chloricum-Zahnpasten. In der That erzielte ich auf diesem Wege noch bessere Resultate als vorher und zwar nicht nur bei der merkuriellen Stomatitis, sondern bei allen mit Spaltpilzentwickelung einhergehenden und durch diese verursachten oder unterhaltenen Mundkrankheiten. Ich habe in den letzten 8 Jahren, seitdem ich die modificierte Anwendung des Kali chloricum in meiner Praxis durchführte, nie mehr Veranlassung gehabt, mich nach einem besseren Reinigungsmittel für die Mundhöhle, die Mandeln und die Zähne umzusehen.

Ich stimme natürlich vollständig mit MILLER darin überein, dafs es sich bei der Wirkung dieses Mittels nicht allein um eine antiseptische handeln kann. Bei der merkuriellen Stomatitis, wo den Spaltpilzen der Zahnfleischränder die Sättigung der Gewebe mit Hg in die Hände arbeitet, glaube ich, einen direkt günstigen antimerkuriellen, tonisierenden Effekt des Kali chloricum auf das merkurialisierte Zahnfleisch annehmen zu müssen, etwa in ähnlicher Weise wie Kali chloricum schlaffe, unter dem Einflusse der Stauung schlecht ernährte Wandgranulationen (bei Ulcus cruris) auffrischt und in ihnen eine bessere Cirkulation herbeiführt. Für viele andere Mund- und besonders Mandelaffektionen kommt aber gewifs ein anderer Faktor in

[1] MILLER, Die Anwendbarkeit einiger Antiseptica bei der Behandlung der Krankheiten der Mundhöhle und der Zähne. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1885. pag. 552.

Betracht, nämlich die sekretionsbefördernde Eigenschaft des Kali chloricum, die es mit vielen Salzen teilt, aber in ganz besonderem Maſse besitzt. Um dieselbe wahrzunehmen, muſs man allerdings, wie ich es seit 8 Jahren übe, das Kali chloricum in Substanz als Zahnpulver gebrauchen, indem man dasselbe mit der Zahnbürste aufnimmt, mit dem sich im Munde sofort reichlich abscheidenden Speichel und Schleim zur Paste verreibt und darauf den Mund wieder mit Wasser ausspült. Es hinterbleibt dann auf lange Zeit ein sehr reiner, etwas salziger Geschmack; man empfindet, daſs die Reinigung durch chlorsaures Kali hauptsächlich durch Anregung der natürlichen Reinigungsmittel, d. h. der Drüsensekretion des Mundes bewirkt wird. Dieser erfrischende Reinigungsakt erstreckt sich bis auf die Mandeln und den Rachen, noch etwas über die Grenze hinaus, bis zu welcher die Schleimhaut direkt mit dem Salz in Berührung gekommen ist. Ich kenne kein Mittel, welches so schnell und gründlich den gewöhnlichen Foetor oris beseitigt, der auf bakteriellen Zersetzungen von Speiseresten und Sekret im hinteren Teile des Mundes, auf den Mandeln und im Rachen beruht und nach längerer Mundruhe, also besonders nach dem Schlafen wahrnehmbar wird. Ich habe eine groſse Reihe von Fällen beobachtet, in denen dieser Foetor den Patienten mit ihrer Umgebung lästig genug war, um ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen und prompt auf den Gebrauch des reinen Kali chloricum als Zahnpulver schwand, nachdem die Patienten bereits den Verdacht erregt hatten, nasen-, magen- oder lungenkrank zu sein.

Wollte man diese sekretionsbefördernde Eigenschaft des Kali chloricum mit anderen oxydierenden Mitteln erreichen, so müſste man dem Wasserstoffsuperoxyd gewöhnliches Kochsalz hinzumischen. Kali hypermanganicum wird nie das chlorsaure Kali in dieser Eigenschaft ersetzen können, da es zu rasch in die unwirksamen Oxyde des Mangans umgesetzt wird; auſserdem würde die Färbung der Zähne als unliebsame Nebenwirkung mit in den Kauf genommen werden müssen. Das chlorsaure Kali — und dieses ist nach der tonisierenden und sekretionsbefördernden Eigenschaft ein dritter Vorzug — besitzt andererseits nicht die geringste, schädigende Einwirkung auf die Zähne, da es als neutrales Salz die Zahnsubstanz nicht angreift. Endlich kommt nun noch hinzu, daſs es bei der angewandten Konzentration auch die Mundpilze direkt vernichtet oder wenigstens ihr Wachstum auf längere Zeit hinaus aufhebt.

Zwei Einwürfe sind es, welche bei dieser ganz allgemeinen Empfehlung des Kali chloricums in Substanz zur Mundpflege berücksichtigt werden müssen, wenn ich auch beide nach langjähriger Erfahrung als unbegründet zurückweisen kann. Zunächst ist diese Substanz nach einigen sicher vermeidbaren Unglücksfällen in den Ruf einer sehr giftigen Substanz gekommen.

Dieser Ruf ist mehr ex cathedra gemacht, als aus einer intimen Beschäftigung mit dem Mittel entsprungen; auch der innere Gebrauch ist bei einiger Vorsicht ganz ungefährlich, doch das gehört nicht hierher. Für unsere Zwecke genügt es, darauf hinzuweisen, daſs man die Substanz ja nur als Zahnpulver signiert und nur bei Erwachsenen — Kinder haben dasselbe überhaupt nicht nötig — verschreibt, welche wissen, daſs dasselbe lediglich die Dienste des Zahnpulvers zu verrichten hat und nicht verschluckt werden soll. Eine Verwechselung mit inneren Medizinen ist ganz ausgeschlossen, wenn man es — wie gleich erwähnt werden soll — als Zahnpaste verschreibt.

Der zweite Einwurf bezieht sich auf die Schmerzhaftigkeit des reinen Salzes im Munde. Diese wird aber nur bei Erosionen und ulcerösen Affektionen des Mundes wahrnehmbar, also z. B. im Beginne der Behandlung einer Stomatitis mercurialis. Aber erstlich ist dieser Schmerz nur momentan bei der Applikation vorhanden, und

die Patienten nehmen denselben um so lieber hin, als er zugleich einen Indikator für den Zustand der Mundhöhle abgiebt und mit jedem Tage abnimmt. Sodann ist zu berücksichtigen, dafs die anderen sehr wirksamen und noch minder angenehmen Mittel, wie Höllenstein, Resorcin, Tannin, auch auf den wunden Stellen schmerzen. Und endlich kann man bei grofser Empfindlichkeit durch Verringerung der Salzdosis im Anfange und gleichzeitige Aufnahme eines Schluckes Wasser den Schmerz beliebig verringern. Die gesunde Mundhöhle, für welche die tägliche Reinigung der Zähne mit reinem Kali chloricum das beste Prophylacticum sowohl gegen Zahncaries, wie gegen Mandelaffektionen (einschliefslich Diphtheritis) bildet, verträgt diese einfache Procedur ausgezeichnet gut.

Immerhin kommen Fälle vor, wo aus den schon genannten oder anderen Gründen eine schwächer procentuierte Zahnpaste dem reinen Kali chloricum vorzuziehen ist. Ich verordne eine solche in der Weise, dafs Kali chloricum und eine gute Zahnpastengrundlage (aus kohlensaurem Kalk, Rhizoma Iridis, Seife und Glycerin) zu gleichen Teilen gemischt werden, mithin als eine 50%ige Paste.[2] Der schwächere Gehalt an chlorsaurem Kali in derselben wird durch die mechanische Beihülfe der polierenden Kreide und entfettenden Seife wieder ausgeglichen, so dafs ich auch diese Form ebenso wie die der reinen Substanz sowohl für den täglichen Gebrauch bei Gesunden, wie für die Reinigung bei allen infektiösen Mundkrankheiten als ein ausgezeichnet gutes, erprobtes Mittel empfehlen kann.

Versammlungen.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 9. Juni 1893.

(*Internation. klin. Rundsch.* 1893. No. 25.)

Über einen Fall von Totalexstirpation der Prostata berichtet Dittel. Ein 32jähriger Bauer litt an Blutharnen, durch die Bauchdecken war ein prall gespannter, ovaler Tumor fühlbar, der nach der Entleerung der Blase fortbestand. Die Prostata war sehr vergröfsert, der hintere Rand nicht erreichbar, die seitlichen Teile nicht zu umgehen. Die Vermutung, dafs es sich um einen in die Blase durchgebrochenen Prostatatumor handle, wurde endoskopisch bestätigt. Man sah an der rechten Blasenwand eine rote, blutende Prominenz. Nach Sectio alta wurde diese mit dem scharfen Löffel entfernt, dann wurde ein den Anus umgehender Schnitt vom Steifsbein aus angelegt, das Steifsbein enukleiert, rechts vom Mastdarme eingegangen und die Prostata nach Eröffnung der Kapsel ausgeschält. Als günstiges Moment erwies sich, dafs die Harnröhre ausnahmsweise der Prostata auflag und nicht mitten durch sie hindurchlief. — Die Höhle wurde tamponiert, die Blase drainiert; der Verlauf war ein günstiger. Jedenfalls erwies sich die sakrale Methode bei der Operation als praktisch. — Der Tumor sah fibromartig aus, liefs sich aber keinem bestimmten Typus anreihen.

Über die elastischen Fasern spricht Riehl: Die sehr geeigneten Färbemethoden für die isolierte Darstellung der elastischen Fasern haben manche Aufklärung gebracht.

---

[2] Eine solche wird, zweckmäfsigerweise in Zinntuben dispensiert und mit einigen Geruchs- und Geschmackskorrigentien versehen, von Beiersdorf & Co. in den Handel gebracht.

Dieselben sind wie Gummischnüre in die Haut eingezogen, finden sich sogar auch da, wo keine Elasticität erforderlich ist, z. B. im Ligamentum nuchae. Die elastischen Fasern fehlen stets in Narben, bei allen Processen, die mit Bindegewebeneubildung einhergehen, bei Fibrom, bei der Elephantiasis consecutiva, der Dupuytren-schen Kontraktur der Haut. Bei Sklerodermie im Stadium der Sklerose hat R. eine auffallende Wucherung elastischer Fasern gesehen, die im atrophischen Stadium schwinden. Beim Sarkom geht das elastische Gewebe mit dem Bindegewebe zu Grunde, zuweilen sieht man einzelne Fäden hindurchziehen.

Epitheliale Neubildungen schieben Bindegewebe und elastisches Gewebe vor sich her. Bei Mycosis fungoides, Lupus, Tuberculosis cutis verrucosa schwinden die Fasern, sobald das Infiltrat dichter wird. — Manche Frage über die Entstehung und den Schwund der elastischen Fasern harrt noch der Lösung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verhandlungen der „American dermatological Association", 16. Jahresversammlung, in New London, Conn. 1892, (gedruckt New York 1893).

1. **Die Anwendung von Jodtinktur, Karbolsäure und Chloral,** von Cutler. Vortragender bekam einen Fall von Eccema marginatum in Behandlung, der schon seit sechs Monaten von verschiedenen Spezialisten vergebens behandelt war; er liefs die sehr empfindliche Stelle unter Hülfe von Kokain abseifen und rasieren und dann mit einer Lösung, die zu gleichen Teilen aus obigen Substanzen besteht, einpinseln. Zur Linderung des Schmerzes wurde sodann eine Karbol-Teer-Diachylonsalbe aufgelegt. Nach drei Tagen Wiederholung der Einpinselung. Die Besserung war frappierend, und Patient war nach drei Wochen geheilt, ohne dafs ein Recidiv auftrat. Zur Nachkur wurden Waschungen mit Sublimatlösung verordnet.

Ebenso glänzende Erfolge wurden bei der Behandlung von Herpes tonsurans capillitii, Pityriasis versicolor etc. erzielt. Auch Paronychien und Impetigo contagiosa wurden durch wenige Einpinselungen geheilt. Bei Psoriasis und chronischem (schuppendem) Ekzem wurden gute Heilungen gesehen, nicht minder bei Lupus erythematosus und Lichen planus. Molluscum contagiosum heilte nach Touchierungen mit dieser Lösung schneller, als bei Anwendung des Lapis oder der Karbolsäure allein. Schnelles Wiederwachsen der Haare wurde bei Alopecia areata in einigen Fällen, Beseitigung von Chloasmen und Leucoderma, ebenso Heilung von Erysipel, alles nach wenigen Pinselungen, erreicht. Vor allem trat brillanter Erfolg ein bei juckenden Erkrankungen, wie Pruritus scroti et ani. Kontraindiciert ist die Anwendung bei akuten und nässenden Hautkrankheiten. Die Lösung wirkt antiparasitär, und resorbierend, wie Vortragender meint, dadurch, dafs sie eine akute Dermatitis hervorruft, die dann rasch heilt.

2. Hartzell teilt einen Fall von **Sarcoma cutis** mit. Vier Jahre früher war bei dem 62 Jahre alten Patienten ein runder, dunkelroter Knoten am rechten inneren Malleolus aufgetreten, der excidiert wurde, ebenso wie die geschwollenen Leistendrüsen derselben Seite. Als dann neue Knoten am Unterschenkel auftraten, wurde auf Wunsch des Patienten der Oberschenkel im unteren Drittel amputiert. Nach ca. 8 Monaten traten im Stumpf wieder Knoten auf, dunkelblau, wenig hervorragend, fest in die Haut eingebettet; dazwischen blutreiche rote Knötchen, die auf Druck erblassen; an einigen sieht man im Zentrum Depression, als ob die Knoten atrophisiert wären. Diese Knoten erwiesen sich mikroskopisch als exquisite Rundzellensarkome, während sich bei den früher excidierten Knoten ein anderes Bild zeigte; dort fehlten die interpapillären Zapfen meist. Die Papillen des Coriums zeigten einen Saum von tief pigmentierten Zellen; im Corium fanden sich Nester von

runden und aneinander abgeplatteten Zellen, die streifenförmig angeordnet waren. Daneben fanden sich zahlreiche grofse runde Zellen. Vortragender behandelte noch einen Fall von Sarkom; der Tumor wurde excidiert, ohne dafs neue Knötchen auftraten. Im allgemeinen sind die multiplen Sarkome der Haut selten, die Prognose ist schlecht, da meist Recidive bald auftreten; manchmal scheint der chirurgische Eingriff den Verlauf zu beschleunigen; man sollte unterscheiden zwischen pigmentiertem und melanotischem Sarkom; bei letzterem producieren die Zellen des Neoplasmas wahrscheinlich selbst das Pigment. In einigen Fällen haben subkutane Injektionen von Arsenik Heilung herbeigeführt; im vorgetragenen Falle waren sie ohne Erfolg.

3. Hyde sprach über **Hautnarben bei Syphilis**. Eine Narbe als durch syphilitische Prozesse hervorgerufen zu erkennen, hält mancher Arzt für leicht, und doch laufen da viele Verwechselungen unter, während gerade bei Syphilis es doch sehr wichtig ist, sicher feststellen zu können, ob diese Krankheit wirklich vorgelegen hat, oder nicht. Vortragender schildert die syphilitischen Narben des Kopfes: grofse, von lange unerkannter und unbehandelter Syphilis herrührend, meist einzeln vorkommend, und kleine, meist in grofser Zahl vertreten. Diagnostisch kommt Lupus erythematodes bei ersteren in Betracht, bei letzteren Zoster und vor allem die sogenannten Follikulitiden (Folliculitis decalvans, Alopecia cicatricialis, Acne necrotica etc.), Prozesse, die Vortragender wohl meist zur Syphilis rechnen möchte. Im Gesicht kommen grofse, einzelne Narben asymmetrisch vor, ferner kleine, einzeln und asymmetrisch und endlich kleine, zahlreich und symmetrisch. Auch am Körper kommen zahlreich syphilitische Narben vor, kenntlich an ihrer Form, geringen Vertiefung, Zartheit und Farbe. Am Penis beanspruchen die Narben an der Harnröhrenmündung besondere Beachtung. Endlich kommen vor allem die Narben am Unterschenkel in Betracht, da sie häufig mit Narben von varikösen Geschwüren verwechselt werden können. Die Farbe der Narben spielt eine geringe Rolle, da gerade syphilitische Narben, besonders bei Blonden und bei Frauen rasch ihre dunkle Pigmentierung verlieren.

4. Sherwell: **Favusübertragung von niederen Tieren.** (Referat folgt in Bd. XVII, No. 10.)

5. Fox: **Wie sollen wir Dermatologie lehren?** Vortragender verlangt, dafs man den Schülern nicht so viele Namen von Krankheiten und Autoritäten nennen, sondern hauptsächlich auf Diagnose Wert legen soll; man soll daher möglichst viel Fälle zeigen, damit der Schüler seine Augen gebrauchen lernt. Den Kollegen gegenüber soll man nicht auf neue Medikamente und Spitzfindigkeiten Wert legen, sondern betonen, dafs Hautkrankheiten oft von Allgemeinleiden abhängen, betonen, dafs die Dermatologie ein Zweig der Gesamtmedizin ist, und dafs es oft wichtiger ist, den Menschen, als seine Haut zu behandeln. Unter uns Dermatologen sollte man mehr Gewicht auf mündlichen Gedankenaustausch, als auf ausgearbeitete Vorträge, die man lesen mufs, legen.

6. Stelwagon: **Über einen etwas ungewöhnlichen Fall von Lupus der Nase.** Es handelt sich um einen (unseres Erachtens ziemlich typischen) Fall von papillarem Lupus der Nase, der nur dadurch zu diagnostischen Schwierigkeiten Veranlassung gab, dafs die Mutter kurz vor der Geburt dieses Kindes abortierte, und der Vater zur selben Zeit sich eines liederlichen Lebenswandels befleifsigte; aufserdem sah Vortragender einen Fall von syphilitischer Ulceration der Nase (die Diagnose wurde durch Anamnese und Therapie gesichert), der nach der photographischen Aufnahme dem vorgetragenen Falle aufs äufserste ähnelte. Heilung nach Curettement mit Hinterlassung der üblichen bräunlich roten Knötchen in der Narbe.

7. Taylor: **Ein Fall von umschriebener idiopathischer Hautatrophie.** (Referat folgt in Bd. XVII. No. 10.)

8. Shepherd: **Ein Fall von zirkulärer Umschnürung des Penis, die zu Elephantiasis geführt hatte.** Der Knabe hatte im Alter von drei Jahren durch einen Fall eine Ruptur der Harnröhre erlitten, die mit Fistelbildung geheilt war. Das Narbengewebe kontrahierte sich im Laufe der Zeit immer mehr, so dafs nun in seinem 15. Jahre der vordere Teil des Penis mächtig elephantiastisch verdickt war; bei Erektionen schwoll er nur etwas an, ohne sich zu erheben. Vortragender hatte Amputation vorgeschlagen, auf die die Eltern nicht eingehen wollten.

9. **Diskussion über Alopecia areata.** Es waren folgende sechs Punkte zur Diskussion gestellt:

1. Giebt es zwei Formen von Alopecia, eine parasitische und eine neuropathische?
2. Ist die Kontagiosität der Krankheit erwiesen?
3. Beeinflufst Arsenik oder irgend eine andere innere Medikation den Verlauf?
4. Wie ist der Wert der Karbolsäure und anderer örtlicher Medikationen?
5. Verhütet Epilation des Randes die weitere Ausbreitung?
6. Wie ist die Prognose?

Die sehr eingehende Diskussion, an der sich zahlreiche Mitglieder beteiligten, war in vieler Beziehung interessant.

Was den ersten Punkt anbelangt, so war jeder Standpunkt vertreten; entschiedene Anhänger der Parasitentheorie waren einige, andere vertraten den entgegengesetzten Standpunkt, die meisten aber waren für beide Ursachen und wollten dementsprechend zwei Namen eingeführt wissen; andere betonten Unterschiede zwischen den beiden Formen, nach der Art des Haarausfalls, dem Aussehen der Stellen etc., noch andere wollten noch eine „traumatische" Form aufgenommen haben (diese wird man doch wohl ganz zweckmäfsig der neuropathischen zurechnen). Einige sahen Ansteckungen, andere nie; es wurde betont, dafs bisher nur in Frankreich derartige Epidemien gesehen seien; die, welche Alopecie bei geschwächten, neurasthenischen Individuen sahen, bemerkten Erfolg vom Arsenik und anderen Tonicis, andere verwerfen ganz die innere Medikation. Die Karbolsäure ist den meisten ein gefährliches schmerzhaftes Mittel ohne besonderen Vorzug vor anderen örtlichen Reizmitteln, von denen die Tinctura (Essence?) Cinnamomi gelobt wird; auf Epilation haben viele bis dato noch kein Gewicht gelegt; einige halten sie für wertvoll; die Prognose stellen die meisten gut bei frischen Fällen, wenn diese junge kräftige Leute betreffen, doch fehlt es auch hier nicht an Kassandrarufen.

10. Elliot: **Vorzeitige Alopecie; ihre häufigste Ursache: seborrhoisches Ekzem.** (Referiert Bd. XVII, S. 205.)

11. Morison: Ein **ungewöhnlicher Fall von Syphilis.** Der Patient hatte sich angeblich nie infiziert. Er wurde wegen einer Kehlkopfaffektion nach „Hot Springs" in Arkansas gesandt und dort sehr energisch antiluetisch mit Hg und KJ behandelt; während dieser Behandlung traten tiefe, scharf umränderte, kreisrunde, reichlich eiternde Ulcera auf, die sich bei fortgesetztem Jodgebrauch verschlimmerten; nur äufserliche Behandlung mit Pyoktaninlösung bewirkte Besserung; die meisten Ulcera heilten; im Kehlkopf fand sich nur Laryngitis. Ca. zwei Jahre später hatte der Mann zweifelsohne syphilitische Ulcerationen des Kehlkopfes, Plaques an der Zunge und neue Ulcera, die unter Zittmann und Injektionen von Formamid, sowie Hg-Injektionen sich besserten, während KJ von üblem Einfluss war. Der Patient blieb, noch nicht ganz geheilt, aus der Behandlung fort. Vortragender sieht den Fall als ein Beispiel von maligner Lues an, maligne geworden vielleicht durch die allzu energische antiluetische Behandlung im Anfang.

12. Fox: **Über den Gebrauch des Thilanin.** Vortragender hat Thilanin, das von Saalfeld so dringend empfohlen war, in 30 Fällen probiert; es ist von scheufslichem

Geruch, dunkelbrauner Farbe und kostet viel Geld; die Wirkung war: häufig Reizung, manchmal etwas Erfolg, jedenfalls aber nicht mehr, als mit anderen Mitteln auch erreicht wurde, wobei man die Unannehmlichkeiten des Stoffes mit in den Kauf nehmen mufs; eine brillante Wirkung sah er nur in einem Fall von Seborrhoe (vielleicht Lupus erythematodes). Das Resumé, zu dem auch die Diskussion gelangt, ist für die neue Panacee sehr traurig: alle sind sich einig, dafs es keine Bereicherung für unseren Arzneischatz ist, und dafs man es (aufser im erwähnten Falle) nicht weiter probieren solle.

13. Bowen: **Purpura und akutes circumskriptes Ödem.** Henoch und Couty haben Fälle beschrieben, die neben Hämorrhagien und akutem Ödem in wiederholten Schüben gastrointestinale Störungen darboten; (infektiöse Purpura). Vortragender hat zwei ähnliche Fälle gesehen; ein gut genährtes Kind von $1^1/_2$ Jahren erkrankte mit Schwellungen verschiedener Körpertheile, welche kamen und gingen; daneben traten hämorrhagische Flecke auf, es bestand Fieber, Unbehagen und „kohlschwarzer" Stuhlgang. Der andere Fall betraf ein kräftiges 17jähriges Mädchen; dasselbe hatte mäfsiges Fieber, Schwellungen, Purpuraflecken und Blasen mit blutigem Inhalt.

14. Sherwell: **Ein Vorschlag zu operativem Verfahren bei erektilem Naevus über den Fontanellen.** Vortragender sticht bei den häufig vorkommenden Teleangiektasien der kleinen Kinder mit doppelter Seide armierte Stopfnadeln kreuzweise unter dem Tumor durch, so jede Blutung vermeidend, und knotet je einen Faden der einen mit je einem der anderen Nadeln, so dafs jedesmal ein Viertel des Tumors abgeschnürt wird; vor Schürzung des letzten Knotens macht er einen Schnitt in den Tumor, um das abgeschnürte Blut etc. herauszulassen. Heilung erfolgt glatt.

15. Fox: **Ist Lepra heilbar?** Während Vortragender früher Lepra für unheilbar hielt, ist er jetzt entgegengesetzter Ansicht, da er vor sechs Jahren einen Mann mit wohlausgesprochener makulöser Lepra, der von den Sandwicheinseln kam, behandelte; diese heilte unter längerem Gebrauch von Chaulmoograöl. Jetzt gerade hat er von dem Arzte, der diesen Mann weiter behandelte, einen Bericht erhalten, dafs die Anästhesien geschwunden seien, und der Mann gesund und heil, bis auf Deformitäten seiner Hände. Fox legt viel Gewicht auf „psychische" Behandlung, man solle die Leute nicht in Leproserien sperren, wo sie aller Hoffnung auf Besserung beraubt würden.

16. Fordyce: **Multiples gutartiges cystisches Hautepitheliom.** Vortragender sah bei einer Mutter und ihrer Tochter dieselbe Affektion. Vor allem das Gesicht und die angrenzenden Partien des Halses waren bedeckt mit einer grofsen Anzahl bis erbsengrofser Tumoren, von weifslich durchscheinender Farbe, die keine Beschwerden verursachten und teilweise eine zentrale Delle aufwiesen; sie sahen teilweise aus wie Bläschen mit flüssigem Inhalt, doch ergab die Punktion feste Konsistenz; daneben fanden sich kleinere, miliumähnliche Gebilde, Komedonen und Teleangiektasien. Mikroskopisch fand sich eine atypische Epithelwucherung mit Bildung von Zellnestern, zwischen denen sich Streifen von Bindegewebe hinzogen; diese Epidermiswucherungen gingen von Haarfollikeln aus; die zentralen Zellen der „Perlen" fanden sich kolloid entartet. Auch Cysten, leer oder mit Detritus und Pigment gefüllt, wurden gesehen. Ähnliche Fälle sind von Jacquet und Darier als Hydradenom, von Quinquaud als „eruptives cystisches Epithelialcellulom", von Jacquet als „benignes cystisches Epitheliom" beschrieben; Philippson hat ebenfalls einen hierhergehörigen Fall beobachtet, und seine Beziehungen zu Colloidmilium und kolloider Hautdegeneration studiert. Kaposis und Lessers Lymphangioma tuberosum multiplex ist nach Ansicht Besniers, Töröks und Jacquets auch hierher zu rechnen. Endlich hat Brooke drei derartige Fälle, eine Mutter und ihre zwei Töchter betreffend, veröffent-

licht. Der Verlauf der Erkrankung ist durchaus gutartig; Ulceration wurde nie beobachtet, ebensowenig spontane Involution. Therapeutisch ist nur Auskratzung der Tumoren zu empfehlen, worauf Heilung mit leicht deprimierter Narbe eintrat.

F. Hahn-Bremen.

Besprechungen.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten, herausgegeben von P. G. Unna-Hamburg, Malcolm Morris-London, H. Leloir-Lille, L. A. Duhring-Philadelphia. Heft I—VIII. Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig. Auf keinem Gebiete der praktischen Medicin ist die persönliche Anschauung von solcher Wichtigkeit, wie in der Dermatologie. Ebensowenig wie man jemand durch die denkbar beste Schilderung eine vollkommene Vorstellung von einem Gemälde verschaffen kann, ebensowenig ist es möglich, sich über das Aussehen eines Hautleidens aus der Lektüre ein klares Bild zu machen. Es ist deshalb von jeher das Bestreben gewesen, gute Reproduktionen von denselben herzustellen, zum Teil in Form von Wachsmodellen, zum Teil in Form von Atlanten. Erstere können natürlich letztere nicht entbehrlich machen, da sie allerdings das Aussehen des Leidens fixieren, aber nicht der Gesamtheit zugänglich machen. In Sammlungen wohl verwahrt, werden sie wohl von diesem oder jenem Besucher einmal betrachtet, das genügt aber nicht. Dem Selbststudium und dem Unterrichte anderer können nur Atlanten als notwendige Ergänzung des klinischen Materials dienen. Sind farbige Reproduktionen deshalb, wenn sie nur einigermafsen gut ausgeführt sind, in der Dermatologie an sich stets willkommen, so ist das um so mehr bei einem Atlas der Fall, der nur wirklich seltene Hautleiden wiedergiebt. Ein solcher ist nicht nur eine Stütze für den Unterricht, er ist eine direkte Förderung der Wissenschaft. Es giebt zahlreiche Hautkrankheiten, die so rar sind, dafs sie dem einzelnen Dermatologen nur sehr selten oder auch gar nicht während seines Lebens zu Gesichte kommen. Gerade solche Fälle aber geben Veranlassung zu lebhaften Kontroversen, zu Schwierigkeiten bei der Rubricierung; die Basis für eine Verständigung aber fehlte, solange nicht, was selten möglich ist, der Fall selbst oder eine gute Wiedergabe desselben den Dissentierenden zugänglich ist. Diese Basis zu schaffen, ist Aufgabe des vorliegenden Unternehmens, das von einer imponierenden Grofsartigkeit ist. In vorzüglichster, zum Teil sogar fast unübertrefflicher Weise werden seltene Dermatonosen wiedergegeben; einem jeden Bilde ist ein in deutscher, englischer und französischer Sprache abgefafster Text beigefügt, der Krankengeschichte, Resultate der histologischen, bakteriologischen und experimentell pathologischen Untersuchungen, Differentialdiagnose und die Ansicht des Autors über Wesen, Stellung im System, Namengebung enthält. Zum Teil findet man auch die mikroskopischen Befunde neben den klinischen in ausgezeichneter farbiger Wiedergabe. Eine eingehendere Schilderung der einzelnen Fälle hat keinen Zweck, da der Schwerpunkt in den Bildern liegt. Die bisherigen Lieferungen enthalten:

Lieferung I:
1. Malcolm Morris, *Lymphangioma circumscriptum.*
2. P. G. Unna, *Ulerythema acneiforme.*
3. H. Leloir, *Lupus semisclerosus linguae.*

Lieferung II:
1. Schwimmer, *Sarcoma pigmentosum diffusum multiplex.*
2. Besnier, *Keratodermia symmetrica erythematosa.*
3. Mibelli, *Angiokeratoma.*
4. Pospelow, *Ulcus molle mammae.*

Lieferung III:
1. Hallopeau, *Dermatitis pustulosa chronica.*
2. Unna, *Parakeratosis scutularis.*
3. Perry, *Adenomata der Schweifsdrüsen.*

Lieferung IV:
1. Pollitzer, *Acanthosis nigricans.*
2. Janovsky, *Acanthosis nigricans.*
3. Vidal, *Ulcerationes multiplices phagedaenicae.* (?)
4. Robinson, *Xanthoma diabeticorum.*

Lieferung V:
1. H. v. Hebra, *Hyperkeratosis striata et follicularis.*
2. Schweninger und Buzzi, *Multiple benigne geschwulstartige Bildungen der Haut.*
3. Mansuroff, *Dermatomycosis circinata manus.*
4. Fox, *Erythema gyratum perstans.*

Lieferung VI:
1. Bruce, *Abnorme Färbung der Haut und Schleimhaut.*
2. Jacquet, *Ulcera trophica, Syringomyelie.*
3. Giovanni, *Canities unguium.*
4. Unna, *Leuconychia et Leucotrichia.*

Lieferung VII:
1. Besnier, *Malleus chronicus.*
2. Lewin und Heller, *Cornea cutanea syphilitica.*
3. Brooke, *Keratosis follicularis contagiosa.*

Lieferung VIII:
1. J. Darier, *Psorospermose folliculaire végétante.* (2 Tafeln).
2. E. Schweninger und F. Buzzi, *Zwei Fälle von Darierscher Dermatose.*

Das in Grofs-Folio gehaltene Werk erscheint in Lieferungen (jährlich 2—3) und wird nur auf dem Wege der Subskription vergeben. Hoffentlich wird das grofse Verdienst, das sich die Herausgeber, wie der Verleger durch dieses Unternehmen erworben, durch grofse Teilnahme belohnt. Jedem Dermatologen ist das Werk zweifellos unentbehrlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien, par le Dr. L. Sabrazès. (G. Steinheil, Paris 1893. 109 S.) Verfasser teilt im ersten Teile seiner Arbeit 41 Krankengeschichten vom **Favus beim Menschen** mit. Von 18 Patienten wurden Reinkulturen angelegt. Dieselben ergaben stets einen und denselben Pilz: nämlich denjenigen, welchen Kràl, Plaut, Marianelli und Mibelli ebenfalls bei ihren Züchtungen erhielten. In der zweiten Abteilung giebt Verfasser einen Überblick über die bisherigen Favusarbeiten (Grawitz, Duclaux, Veruyski, Quincke, Boer, Munnich, Fabry, Elsenberg, Jadassohn, Kràl, Mibelli, Dubreuilh und Sabrazès, Busquet, Frank, Plaut, Marianelli, Neebe und Unna, Constantin und Sabrazès.) Für die Kulturen im hängenden Tropfen wurde Liquide de Laurent benutzt, für festen Nährboden 1%iges Agar, 1%iges Pepton, ½%iges phosphorsaures Natron, ½%iges NaCl. Charakteristisch auf Agar war mamelonniertes, hervorgebuckeltes, fein bestäubtes, luftmycelloses Zentrum, radiäre Ausbreitung im Nährboden; Gelatine langsam verflüssigt; auf Kartoffel grauweifse Inseln ohne Luftmycel; auf Blutserum nur Tiefenwachstum, keine Verflüssigung, in Bouillon flockige und in der Flüssigkeit suspendierte Kulturen. Morphologisch: Blasen, gelbe Körperchen, Kronleuchter, Conidienketten. Inokulationen ergaben Scutulumbildung bei einer Frau, bei zwei Mäusen, einem Kaninchen und einem Hahn. Bei sechs Männern und einer Frau, ebenso bei Meerschweinchen nur erythematöse, schuppende Flecke. Junge Hunde, junge Katzen, junge Affen

ergaben negative Resultate. In der Kritik der Arbeit Neebe-Unna hält S. alle Arten aufser Achorion euthythrix und atacton für identisch; die von Neebe-Unna angeführten Differenzen seien nur anzusehen als verschiedene Wuchsformen eines und desselben Pilzes, nämlich desjenigen, welcher von Král etc. beschrieben wurde (vergleiche hierzu: *Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten* S. 462.)

Favus beim Hunde. Die Scutula sind lebhaft gelb, kreisrund, zarter und tiefer ausgehöhlt, sehr fest der Unterlage anhaftend; kein konzentrischer Bau, scharfabgesetzt, etwas über die Oberfläche erhaben. Intensive Entzündung der Haut. Geruch nach altem Käse. Kulturen bilden im flüssigen Nährböden ein weifses kurzes Oberflächenmycel. Unterfläche sehr bald blutrot gefärbt. Auf Gelatine: weifses Luftmycel, rostbraune Unterfläche. Auf Agar färbt sich der Pilz schon nach 24 Stunden intensiv rot und giebt an den Nährboden einen roten, rasch diffundierenden Farbstoff ab. Auf Serum: feuchte, prominierende luftmycellose Herde mit schmalem Randsaum. Unterfläche braunrot; langsame Verflüssigung nach 1½ Monaten. Auf Kartoffeln: bräunlich prominierende Kolonien; in der Umgebung der Kulturen die Kartoffel bräunlich verfärbt. Morphologisch: Keine Blasenbildungen, orangegelbe Massen, keine Kronleuchter, sondern aufser Mycel nur Conidienketten; die einzelne Conidie 4—8 μ mit gelbbraunem Inhalt.

Neun Impfungen auf Menschen ergaben achtmal erythematöse, schuppende Flecke, einmal, am 15. Tage, Scutulum. Rückimpfung ergab den ursprünglichen Pilz. Positives Impfresultat auch bei einem acht Monate alten Hunde.

Favus der Hühner: Der Kamm der Hühner besetzt mit grauweifsen, warzenähnlichen Scutulis. Gelatine: sehr schnelles Wachstum, weifse, wollige Pilzdecke. Gelatine verflüssigt, selten Johannisbeerfarbe annehmend. Agar: rasches Wachstum, weifse, wollige Pilzdecke, dem Nährboden fest anhaftend. Unterfläche gelblich. Blutserum: Verflüssigungszone um die einzelnen Kolonien. Blutserum am 15. Tage verflüssigt. Kartoffel: rasches Wachstum; nach drei Wochen weifse, sammetartige Krusten bildend, welche in älteren Kulturen eine mehr mehlartige Beschaffenheit annehmen. Milch: auf der Oberfläche an Käse erinnernde Pilzdecke bildend. Morphologisch: Im Verlaufe des Mycels schwellen Hyphenzellen zu 45—60 μ grofsen, 4—6 μ breiten, mit 5—6 Querwänden versehenen Gebilden an. Endständige Anschwellungen von 18—45 μ Durchmesser wie auf Gelatine. Die Gebilde mit Querwänden, besonders auf der Kartoffel. Impfungen positiv bei einem Hahn und einer Maus: die Scutula, wie oben beschrieben. Rückimpfungen ergaben stets denselben Pilz. Impfung bei sechs Hennen ergab nur Abschuppung. Resultatlos verliefen die Impfungen bei Mäusen, Ratten, Kaninchen, Meerschweinchen und Schweinen.

Neebe-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Eine Verbesserung in der Technik der Urethrotomia perinealis externa, von W. F. Fluhrer. (*New York. med. Journ.* 21. Januar 1893.) Die vom Verfasser angewandte Verbesserung besteht im wesentlichen darin, dafs (nach eventueller Durchschneidung vorderer Strikturen mittelst eines geraden Maisonneuveschen Urethrotoms) eine Art hohler Steinsonde bis an die perineale Verengerung eingeführt

wird, und der Operateur mit seinem linken Daumen und Zeigefinger die zu durchschneidenden Gewebe über dieser Sonde als Hypomochlion anspannt und festhält, worauf dann, sowie die Urethra mit einem ganz kleinen Schnitt eröffnet ist, die Sonde mit der konkaven Seite nach aufsen gedreht wird, und man ins distale Ende derselben ein minimales Simonsches Speculum einschiebt, womit das distale Stück der incidierten Urethra retrahiert wird, so dafs man eine bessere Übersicht gewinnt und von dieser Stelle aus leichter die Durchtrennung der Strictur mit einem Maisonneuve oder anderen Instrumenten vornehmen kann. Die weiteren Details zu schildern, übersteigt den Rahmen eines Referates. *Philippi-Nieheim.*

Über einen Fall von Blasenstein berichtet Casper in der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 21. Juni 1893. Ein 62jähriger Mann litt seit Jahren an Harndrang, Schmerzen bei der Harnentleerung und bei Bewegung. Urin trübe, schmutzig-eiterig, alkalisch, niemals blutig. Das Cystoskop gab wegen der an der Blasenwand haftenden Schleimmassen kein Resultat. Mit der Steinsonde fühlt man an der vorderen Blasenwand einen hellen Klang. Sectio alta. An der vorderen Blasenwand sitzt eine Geschwulst von der Gröfse eines Fünfmarkstückes mit vielfachen Erhabenheiten und zahlreichen Steinbröckeln besetzt. Von einer Radikaloperation wurde abgesehen, die Blase zugenäht; glatte Wundheilung.

In der Sitzung vom 7. Juni 1893 sprach Israel über einen **Fall von Nierenexstirpation bei Ureteritis.** Israel vermutete in einem Fall von foudroyanten Koliken die Ursache im Ureter, legte diesen in seiner ganzen Länge frei und fand ihn auf das 3—4fache verdickt, starr, hart, stellenweise an der Unterlage adhärent, aber frei von Stenose. Exstirpation der Niere; Aufhören der Koliken; der Urin blieb noch längere Zeit bluthaltig. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Die Wandung des Ureter verdickt, am meisten die Schleimhaut (8fach), dann die Muscularis (3—4fach), am wenigsten die Adventitia. Schleimhaut epithellos, in Längswülsten zusammengelegt, mit Rundzellen infiltriert. Die permanenten Schmerzen und die Hämaturie erklären sich leicht aus der Beschaffenheit der Schleimhaut. Die Koliken und die sie bedingende Harnstauung erklären sich besonders aus der Abnahme der motorischen Kraft der entzündeten Uretermuskeln. Israel sucht dann zu motivieren, warum er die Exstirpation ausgeführt und nicht eine Nierenfistel angelegt hat; er glaubte, eine Ausheilung des Ureter nicht erwarten zu dürfen, und hält eine Nierenfistel an einem Arbeiter für ein grofses Unglück.

v. Bergmann hält es nicht für ausgeschlossen, dafs man auch in anderer Weise dem erkrankten Ureter beikommen kann. Ein russischer Officier litt an Koliken ohne Steinabgang; zuweilen kam Blut nach Aufhören des Anfalles. Da kein Stein, keine Stenose des Ureter gefunden wurde, legte er eine Nierenfistel an; die Schmerzanfälle hörten dauernd auf, die Fistel schlofs sich später. Schwierigkeiten machten auch die Nephralgien. Eine auf Wunsch operierte Dame, die wegen Schmerzen und Koliken an Morphium sich gewöhnt hatte, verlor diese, als nur die Niere blofsgelegt worden war. Die Erhaltung einer auch nur teilweise funktionierenden Niere ist von gröfster Wichtigkeit, wie er, Bergmann, an einem instruktiven Fall beweist.

Senator kann das Fortfallen der Funktion des Ureter nicht als Ursache der Nierenkoliken anerkennen, da man ja den Ureter experimentell durch Glasröhren ersetzen kann. Vielleicht war Verstopfung des kranken Ureter mit Schleim und Blutgerinnsel die Ursache der Koliken.

Virchow weist als Analogon des geschilderten Falles auf die Veränderungen des Ureters, welche sich bei der in Ägypten häufigen Distomenkrankheit finden. Bei den Rindern verengen Distomen zuweilen die Gallenblase, wandern dann später aus, aber die Erscheinungen bleiben.

Israel warnt davor, seinen Fall mit den Nephralgien zusammenzufassen, da derselbe grobe anatomische Veränderungen zeigte. Was die aktive Thätigkeit des Ureter betrifft, so reicht die vis a tergo bei normalen Verhältnissen aus, nicht bei abnormen. Coagula, als Ursache der Verstopfung des Ureter, sind im Urin niemals gefunden worden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Entstehungsweise der gewundenen Harncylinder und der Spiralfäden im Auswurf, von H. Senator. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1893. No. 4 und 5.) Wenn man eine halbweiche zähe Masse, wie sie die Substanz der Harncylinder sowohl, wie diejenige der Spiralen im Auswurf darstellt, durch eine enge Öffnung, etwa aus einer engen Röhre in eine weitere paſst, dann dreht sich die Masse spiralig. Davon kann man sich überzeugen, wenn man aus einer Morphiumspritze die mit durch Erwärmen verflüssigter Salbe gefüllt ist, die erkaltete Masse auspreſst. Die selben Verhältnisse, glaubt Senator, walten beim Durchtritt der Harncylinder durch die Harnkanäle und der Schleimmassen durch die feinsten Bronchien ab. Die Ansicht, daſs die Form der ersteren den gewundenen Abschnitten der Harnkanälchen entspricht, ist wohl endgültig aufgegeben; die gewundene Form würde in den nachfolgenden engeren Kanälchen wohl ausgeglichen werden. Es fragt sich nun, warum nicht alle Harncylinder gewunden sind. Das erklärt sich, daſs dieselben nicht stets so fest an den Wandungen der Kanälchen adhärieren, wie es für das Zustandekommen der Spiralwindungen nötig ist. Es stammen also nach Senator die gewundenen Cylinder aus Harnkanälchen, die sie zeitweise ganz ausstopfen, bis sie durch den nachrückenden Harnstrom weiter befördert werden. Dasselbe ist leicht auf die Curschmannschen Spiralen zu übertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Prognose des Carcinoma penis, von M. Brüning. (Dissert. Greifswald 1892.) Nach Ansicht der meisten Chirurgen ist der Peniskrebs zu den günstigsten Formen des Krebses zu zählen, und zwar deshalb, weil die Keimstätte des Krebses eine regionär scharf abgegrenzte ist und vollständig durch die Amputation entfernt werden kann.

Verfasser glaubt, daſs die Prognose, wie bei jedem Carcinom, so auch bei dem des Penis fast ausschlieſslich davon abhängt, ob bereits Metastasen in den benachbarten Drüsen vorhanden sind oder nicht. Nach Kaufmann ist bei bereits erkrankten Drüsen gewöhnlich eine Radikalheilung nicht mehr möglich. Stets recidiviert das Neoplasma entweder am Penisstumpf oder in der Leistengegend. Mehrere Autoren berichten über Fälle von Peniscarcinom, wo nach erfolgreicher Amputation des erkrankten Gliedes eine tiefe Gemütsdepression sich der betreffenden Patienten bemächtigt habe.

Als Ursachen des Peniscarcinoms werden angeführt Traumen, Heredität, hereditäre oder erworbene Lues, vor allem aber kongenitale Phimose, bei welcher der Penis durch den Coitus, durch das im Präputialsack zurückgehaltene und sich zersetzende Smegma, durch den sich zersetzenden Harn stetigen Irritationen ausgesetzt ist. Es sind am Kryptorchismus Leidende ganz besonders zu Sarkom- und Karcinombildung prädisponiert.

(NB. Der verstorbene Prof. v. Volkmann in Halle machte bei Besprechung eines Falles von Carcinoma penis an erster Stelle das Präputium für das Entstehen des Krebses verantwortlich und führte als Beweis dafür an, daſs das Carcinoma penis fast niemals bei Circumcidierten vorkomme. Ref.)

Verfasser beschreibt am Schluſs seiner Arbeit die Methode der Amputatio penis, wie sie in Helferichs Klinik in Anwendung kommt und führt 15 einschlägige Krankengeschichten an. *C. Berliner-Aachen.*

Parotitis mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptoë, von Comby-Paris. (*La méd. mod.* Mai 1893.) Ein 29jähriger Mann erkrankt mit heftigem Schüttelfrost, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, grofser Unruhe unter gleichzeitiger Anschwellung des rechten Testikels samt der Epididymis, wie der Prostata. Erst tags darauf Parotitis. Am dritten Tage hochgradige Prostration, Delirien, Beklemmungserscheinungen, welche mit einer Hämoptoë endigten. Der Patient ist frei von jeder Lungenaffektion. Es tritt Genesung ein, nur bleibt der Testis etwas weicher.

In der Diskussion bemerkt Dr. Cartrin, dafs nach seinen Beobachtungen bei der Parotitis die Orchitis stets von der Epididymis ausgeht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Impotenz Ludwig XVI. handelt Cabanès in einer reizenden Plauderei im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 186. Dieses Leiden bestand zum grofsen Kummer Maria Antoinettes und ihrer Mutter Maria Theresias. Erst als nach 7jähriger kinderloser Ehe Joseph II. seine Schwester in Paris besuchte, entschlofs sich der König zur Operation seiner Phimosis, durch die ihm angeblich die Vaterschaft versagt war. Die Operation hatte den gewünschten Erfolg, denn schon Ausgangs desselben Jahres konnte Maria-Antoinette ihrer Vertrauten mitteilen, dafs sie guter Hoffnung sei. Indessen läfst Cabanès deutlich genug hindurchblicken, dafs der König sich der Operation unterzog — um keinen Zweifel an der Echtheit des Prinzen aufkommen zu lassen. *Türkheim-Hamburg.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Die Behandlung der Gonorrhoe nach den neueren Methoden, von J. E. Guentz. (Alexander Beyer [E. Piersons Buchhandlung] in Dresden.) Medikamentöse Injektionen im Beginne steigern die Entzündung, hindern die Epithelneubildung und sind deshalb zu verwerfen. Erst nach Ablauf des entzündlichen Stadiums sind schwach adstringierende Einspritzungen am Platze. Innere und allgemeine Behandlung, knappe Diät etc.! Geeignete Mittel müssen die Gonokokken töten und in das die Harnröhrenschleimhaut umgebende Gewebe einzudringen vermögen. Dazu eignet sich vor allem Thymol 1 : 1100, auch prophylaktisch post coitum anzuwenden, dann Jodoform, als Pulver mittelst Insufflator oder als dickflüssige Suspension injiciert; endlich filtrierte Lösung von Calcaria chlorata (0,5—2%). Von den inneren Mitteln tötet der Balsam. Copaiv. die Gonokokken nicht, wohl aber sein im Harn befindlicher aromatischer Bestandteil; in grofsen Dosen kann er bei altem Tripper nützlich sein. Ol. Santali mildert die Schmerzen, ist aber für die Beseitigung des Ausflusses nicht zuverlässig. Gegen Schmerzen beim Urinieren wird empfohlen:

Natr. sylvinici abienthinici	8,0
Magn. ustae	4,0
Ol. Terebinth. gtt. III.	
f. pilul. ponder.	0,18

DS. 3 mal täglich 2—3 Pillen.

Gegen Harndrang Narcotica; bei Retention ein heifses Bad, nur im äufsersten Notfalle Katheter nach vorheriger Ausspülung mit Thymol 1 : 1100. Damit der Trippereiter abfliefst, darf der Penis nicht hochgelagert, nicht mit Watte bewickelt werden, welche die Öffnung verklebt. Statt dessen umhüllt man ihn mit dünnem Fliefspapier, das mit leicht schnürendem Gummiring befestigt und nach jedem Urinieren erneuert wird. Jede gewaltsame Dehnung ist bei Verengerungen zu unterlassen; als schonender empfiehlt Verfasser seinen konischen Sonden-Schraubkatheter und seine sich verjüngenden, biegsamen Sonden.

Bei Granulationen sind Ätzmittel und die bekannten medikamentösen Bougies verworfen; zu empfehlen sind die Stäbchen aus präpariertem Zinkoxyd von O. Liesche in Plauen-Dresden, die stark wasserentziehend wirken. Sie werden abends in die Harnröhre eingeführt, diese mit Goldschlägerhäutchen verklebt, der Penis wird hoch gebunden. Diese Stäbchen lindern den Schmerz und bringen die Granulationen zum Schrumpfen. (Wenn der Patient sie selbst abends einführt, werden sie wohl kaum zu den Granulationen hingelangen). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über spezifische Vaginitis, von JOHN G. CECIL. (*Americ. Practioner and News.* April 1893.) Die spezifische Vaginitis, ein sehr wichtiges Leiden, kombiniert sich stets mit Urethritis oder Endocervitis. Ihre Ursache scheint nicht allein der Gonococcus zu sein, es mufs noch ein „etwas", das wir nicht kennen, hinzukommen. Jedenfalls ist das gonorrhoische Virus sehr zähe, und bedarf jeder Gonorrhoiker vor der Heirat einer besonders sorgsamen Untersuchung. — Die Therapie der Vaginitis mufs im Initialstadium eine ganz milde sein; Ausspülungen mit 1 : 10000 Sublimat genügen. Im zweiten Stadium nach Ablauf der heftigen Entzündung kann man Sublimat 1 : 2000 oder 1 : 3000 gebrauchen. Im dritten Stadium, wo es sich um eine chronische Entzündung der Vagina oder einen Katarrh des Cervix handelt, empfiehlt Verfasser eine radikale Behandlung: Erweiterung des Cervix, Auskratzung mit scharfem Löffel, eventuell Excision der Schleimhaut des Cervix. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Vulvovaginitis bei Mädchen und die Urethritis bei Knaben, von H. KOPLIK-New York. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Juli 1893.) Es giebt bei männlichen Kindern eine einfache, nicht spezifische Urethritis zumeist der vorderen Harnröhre am Orificium, die durch Erosionen des letzteren und durch Schmerzen beim Urinieren charakterisiert ist. Durch Druck kann ein Tropfen Eiter aus der vorderen Harnröhre herausgepreſst werden. Die mikroskopische Untersuchung hat niemals Gonokokken ergeben, und der Proceſs erweist sich als ein einfach katarrhalischer. Die Ursache ist noch dunkel; wahrscheinlich dürften unreine Hände der Ammen oder der die Kinder nährenden Mütter dabei im Spiele sein.

Was die gonorrhoische Urethritis der Knaben betrifft, so hat Verfasser in den letzten 6 Monaten drei Fälle in Behandlung gehabt. Die Patienten befanden sich im Alter von 3—9 Jahren. Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der Litteratur den Modus der Infektion, den Sitz der Krankheit, die Behandlung und schlieſst an die allgemeinen Ausführungen die Krankengeschichten einer Anzahl hierhergehöriger Fälle aus der eigenen Praxis. *C. Berliner-Aachen.*

Ätiologie und Prophylaxe der Ophthalmia neonatorum, von SEGUIN. (*Thèse de Paris.* 1892. Nach *Progrès méd.* 1893. No. 21.) Verfasser giebt eine Übersicht der gebräuchlichen prophylaktischen Behandlungsmethoden dieser Affektion und findet, daſs die Einträufelungen von Argentum nitricum (2 %) nach CREDÉ wegen der äuſserst heftigen Reaktion mehr schaden als nützen. Sublimat erweist sich als reiz- und schmerzloser; dagegen ist Citronensaft wieder sehr reizend und nur von vorübergehender Wirkung. Für das wirksamste hält er die Insufflationen von Jodoformpulver (VALUDE). Da dieselben jedoch einige Übelstände allerdings von ganz untergeordneter Bedeutung begleiten, empfiehlt er als die beste Methode diejenige von BUDIN, welche in Instillationen von Argentum nitricum-Lösungen in beide Augen gleich nach der Geburt besteht; die Koncentration beträgt 1 : 150. Mit Hülfe derselben gelang es dem genannten Autor, die Ophthalmie aus seiner Klinik fast vollständig zu bannen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Meisenbach Riffarth & Co., Berlin.

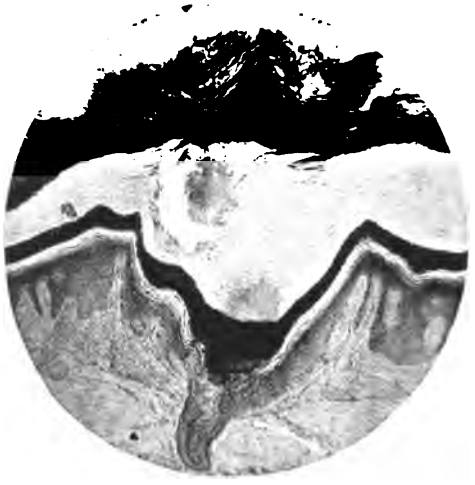


Fig. 5.

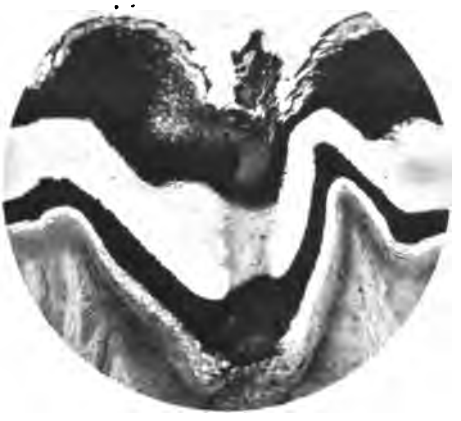


Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 10.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig). Meisenbach Riffarth & Co, Berlin.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 10. 15. November 1893.

Über Hautschienen.
Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten.

Von

M. F. Engman und P. G. Unna.

I. Aufgabe.

Unter den mechanischen Hülfsmitteln, welcher sich die neuere Dermatotherapie bedient, hat der zweckmäfsig ausgeübte Druck, unter dem das Medikament auf der Haut fixiert wurde, immer in erster Linie gestanden. Aus den alten, aufgebundenen Salbenlappen wurden die besser konstruierten, durch Binden fest angedrückten Salbenmulle, aus den dachziegelig, sich deckenden Heftpflasterstreifen der alten Schule der moderne Zinkleimverband. Man ersah unter anderem die Vorteile der Pflastermulle, der Kollodiumfirnisse, der medikamentösen Leime auch in dem gleichzeitig von diesen Vehikeln ausgeübten Drucke. In der elastischen Gummibinde erreichte sogar die Kompression ihr nach einer Richtung nicht übersteigliches und innerhalb enger Grenzen sehr wohl anwendbares Maximum.

Aber trotzdem ist es nicht zu viel gesagt, dafs uns bis heute eine systematisch durchgearbeitete Methode zur Ausübung eines zweckmäfsigen Druckes auf jede Hautstelle des Körpers fehlt. In dieser Beziehung mangelt der heutigen Dermatologie bisher eine Lehre, wie sie die Chirurgie seit langer Zeit in der Orthopädie zu hoher Vollkommenheit ausgebildet hat.

Das Folgende möge als ein Versuch betrachtet werden, in dieser Richtung Verbesserungen anzubahnen, und die Fachgenossen zu ähnlichen Arbeiten anregen.

Als Indikationen, welche zunächst bei Ausübung eines Druckes auf die kranke Haut zu erfüllen sind, betrachten wir die folgenden. Der Druck mufs vor allem ein gleichmäfsiger sein. Keine Stelle soll demselben mehr ausgesetzt sein, als die andere, denn dann würde die erstere sehr bald den Nutzen des ganzen Druckverbandes dadurch illusorisch machen, dafs sie eine Lockerung desselben erforderte. Das Ideal eines

Druckverbandes kann demnach nur eine genau nach der Hautoberfläche gearbeitete Schiene sein, welche der Haut aufgedrückt wird. Ein solcher Druck, schwach oder stark ausgeübt, wird dann niemals lästig empfunden werden, da er sich über die für den betreffenden Fall gröfstmögliche Fläche verteilt. Würde im Gegenteile ein Teil der betreffenden Punkte bei einem gewissen Drucke noch gar nicht von der Bandage getroffen, so würde nicht blofs der Druck auf die übrigen zu stark ausfallen und früher als nötig vermindert werden müssen, sondern die nicht gedrückte Hautpartie wäre auch der kollateralen Hyperämie und dem Ödem mit allen ihren Folgen ausgesetzt.

Die erste Bedingung für einen rationellen Druckverband ist daher nicht etwa die Möglichkeit, denselben ins Extreme zu steigern — diese besitzen wir bereits in der elastischen Binde —, sondern nur, den Druck auf allen Hautstellen absolut gleich zu machen.

Ein solcher Druck kann nur von einer harten, bis zu einem gewissen Grade unnachgiebigen Masse ausgeübt werden. Eine irgendwie bedeutendere und dauernde Elasticität der Masse würde den Druck durch Verschiebung auf einige wenige Punkte der Hautoberfläche konzentrieren, da die letztere überall Vorsprünge besitzt und nirgends eine absolut runde Fläche darbietet. Die Masse mufs hingegen zu einer Zeit genügende Plasticität besitzen, um jedem Vorsprunge und jeder Nische der Hautoberfläche sich genau anzupassen und zu anderer Zeit wieder genügende Härte, um diese komplizierte Oberfläche dauernd zu bewahren.

Wenn hiernach die Art des Druckes zur Auswahl ganz bestimmter Massen bei Herstellung der Schienen führt, ist es ebenso klar, dafs die Stärke des Druckes und die Regelung desselben — als eine hiervon ganz unabhängige Sache — am besten praktisch ganz davon getrennt wird. In den bisher gebräuchlichen Bandagen wurde gewöhnlich der Anschlufs derselben an die Haut um so besser, je stärker der ausgeübte Druck war. Unser Prinzip mufs hingegen sein, dafs schon beim leisesten Drucke der volle Anschlufs an die gesamte Hautfläche erzielt wird. Wir werden sehen, dafs die Verstärkung und Regulierung des Druckes bei einer richtig konstruierten, dermalen Schiene eine sehr einfache Sache ist und meistens schon durch die die Schienen zusammenhaltenden Bänder genügend ausgeübt werden kann.

Eine zweite Bedingung, welche unsere dermale Schiene erfüllen mufs, ist die Möglichkeit, sie unausgesetzt mit der Hautoberfläche in Kontakt zu halten. Dazu mufs sie dauerhaft sein. Während die bisherigen Bandagen meist nur für eine Applikation hinreichten, sollte eine einzige Schiene für die ganze Behandlung einer Hautkrankheit ausreichen, wenigstens aber einige Wochen in gutem Stande bleiben. Durch diese Bedingung sind schon eine ganze Reihe von Stoffen ausgeschlossen, wie ein-

fache Gelatine, Gips, Pappe, Watte, welche wir anfangs zur Herstellung von Schienen zu verwenden suchten.

Einer dritten Bedingung müssen die Schienen bei den mit juckenden Hautaffektionen behafteten Personen und besonders bei sich heftig kratzenden Kindern genügen; sie dürfen nicht leicht durch die Patienten aus ihrer Lage verschoben werden können. Dieses Postulat haben bisher nicht viele, noch so kunstvoll angelegte Verbände erfüllt.

Die Konstruktion einer Schiene für die ganze Dauer der Behandlung ist an und für sich schon eine ungemeine Herabdrückung der Kosten, welche sonst für die sich täglich wiederholenden Bandagen verausgabt werden. Aber es sollte bei der Herstellung doch auch ganz besonders auf die Vermeidung unnötig teurer Stoffe Wert gelegt werden, es sei denn, dafs dieselben sich als unersetzlich oder sehr viel besser als alles andere erwiesen hätten.

Durchaus notwendig für eine gute, überall zu brauchende Hautschiene ist es fünftens, dafs der Patient oder bei Kindern die Umgebung derselben die Schiene zum Zwecke des Verbandwechsels, des Waschens, der Nahrungsaufnahme und sonstiger Bedürfnisse leicht abnehmen und ebensoleicht wieder anlegen kann, ohne neuer ärztlicher Hülfe zu bedürfen.

Sehr wünschenswert ist es endlich, wenn die Herstellung der Schiene so eingerichtet werden kann, dafs damit bereits der erste Akt der Behandlung selbst gegeben ist und der Arzt sofort nach Stellung der Indikation zur Schiene dieselbe auch anfertigt. Nur dann hat die Schienenbehandlung Aussicht, sich vollkommen einzubürgern, wenn sie nicht selbst hindernd und die eigentliche Behandlung verzögernd hinzutritt. Indem der Patient die Anlegung der Schiene allein schon als eine Wohlthat empfindet, wird er ihren späteren Gebrauch zur Deckung der Medikamente und Verstärkung ihrer Wirkung als etwas Wünschenswertes, ja Selbstverständliches betrachten und sich nicht gegen dieselbe wie gegen eine nutzlose Quälerei sträuben.

Es ist wohl ganz natürlich, dafs wir die Herstellung von Schienen, welche alle diese Erfordernisse zu unserer Zufriedenheit erfüllten, nicht sofort erreichten. Wir wollen jedoch den Leser nicht mit Aufzählung unserer vielen vergeblichen Versuche in dieser Richtung belästigen. Da aber immerhin manche der dabei gemachten Erfahrungen in Zukunft doch eine beschränkte Nutzanwendung zulassen, so wollen wir solche in einem Anhange zugleich mit einigen, minder wichtigen Ratschlägen zusammenfassen.

Wir beginnen also im folgenden sogleich mit der Darstellung der Schienen, die wir zur Zeit für die besten halten, und fügen der Besprechung der Schienen für die einzelnen Regionen zugleich einige

Worte über die mehr oder minder — für den Fachmann — selbstverständlichen Indikationen bei.

II. Herstellung der Schienen.

A. Notwendige Bestandteile.

1. Zinkleim. — Der gewöhnliche Zinkleim[1] spielt eine bedeutende Rolle bei Herstellung aller Hautschienen, weil er, in flüssigem Zustande appliciert, sehr genau die Form der Haut bis zur feinsten Oberhautfelderung annimmt und nach dem Erkalten behält. Auf nicht behaarten Hautstellen kann die erstarrte Lage von Zinkleim nach 2—3 Stunden auch bei einiger Vorsicht in toto abgezogen werden und stellt bereits eine Art Maske dar, welche aber weder die Härte noch die Dauerhaftigkeit besitzt, welche wir von einer Hautschiene verlangen müssen. Auf behaarten Körperteilen würde diese Ablösung nach dem Erkalten überhaupt unmöglich sein. Es ist aber noch ein anderer Grund, welcher die direkte Applikation des Zinkleims auf die Haut für die meisten Fälle unthunlich erscheinen läfst. Es hat sich nämlich von grofsem Vorteil herausgestellt, die Schiene auf der Haut in situ hart werden zu lassen, und die dazu notwendige Chromsäure dringt so leicht und schnell durch den Zinkleim bis auf die Haut, dafs bei einigermafsen reizbarer Haut und nun gar bei defekter Oberhaut (Ekzem) die Härtung in situ zu einer Schädigung der Haut und Verschlimmerung des Hautleidens führen würde. Deshalb haben wir für die meisten Fälle darauf verzichtet, den Zinkleim direkt auf die Haut zu applicieren. Nur, wo die Haut mit dicken und besonders mit fetthaltigen Schuppen bedeckt und sehr indolent ist, z. B. bei Hautschienen für Rosacea hypertrophica, Akne der Nase und Wangen, kann man den Zinkleim ohne weiteres auf die Haut pinseln.

Vor anderen erstarrenden Decken, z. B. den verschiedenen Hautfirnissen, hat der Zinkleim den Vorzug, dafs er in jedem Falle, bei indolenter und gereizter Haut, beim Vorhandensein von Schuppen sowohl, wie von Bläschen, angewendet werden kann und niemals selbst zu Reizungen der Haut bei genügender Vorsicht (vorhergehende Reinigung, Öffnen von Abscessen und Pusteln) Anlafs giebt. Vor den wasserlöslichen Firnissen (Kasein, Traganth, Salep), welche, auch bei Zusatz von Zink, ganz reizlose Decken abgeben, hat der Zinkleim den grofsen Vorzug, dafs er dickere, voluminöse und daher leichter in toto abzuhebende Lagen bildet.

Der Zinkleim wird, wie gewöhnlich, auf dem Wasserbade verflüssigt und in dicker Lage (mit Vermeidung haariger Stellen, wo er direkt auf die Haut kommt) aufgepinselt.

---

[1] Wir bedienen uns gewöhnlich eines ziemlich harten, rasch trocknenden Zinkleims von folgender Formel: Gelatinae, Glycerini ā 15, Aquae 40, Zinci oxydati 30.

2. Pflaster- und Salbenmulle. — Als praktischste Unterlage unter dem Leim hat sich die Form der Pflastermulle bewährt. Erstlich sind sie absolut impermeabel und schützen daher die Haut vor allen Reizungen, welche die Härtung des Zinkleims in situ und sonstige für die Fertigstellung der Schiene notwendigen Applikationen mit sich bringen. Dieses bedingt den weiteren Vorteil, dafs auf einer durch Pflastermull geschützten Haut die Schiene sehr rasch fertiggestellt werden kann. Dazu kommt die Eigenschaft der Pflastermulle, trotz ihrer Feinheit und maximalen Geschmeidigkeit, mit welcher sie sich allen Hautfalten anbequemen, eine genügende Resistenz und Steifigkeit zu besitzen, um der Gelatine als steife Unterlage zu dienen. Endlich gewährt uns die Form der Pflastermulle den Vorteil, bereits bei der ersten Applikation der Schiene ein zweckmäfsiges Medikament wirken und somit zugleich die Behandlung beginnen zu lassen.

Wir haben aus diesem Grunde hauptsächlich den Zinkpflastermull als Grundlage für den Zinkleim angewendet und konnten fast stets schon von der ersten Applikation an einen gewissen Erfolg konstatieren. Es ist wichtig für den Arzt und Patienten zu wissen, dafs die Herstellung der Schiene die Kur nicht aufhält, sondern dieselbe im Gegenteile einleitet.

Besondere Zustände der Haut indicieren eventuell andere Pflastermulle als Unterlage. So wird die Anwesenheit von vielen Pusteln (Akne, Sycosis) die Verwendung von Quecksilber-Karbol-Pflastermull rätlich erscheinen lassen.

Sollte Zinkpflastermull als Grundlage aus irgend einem Grunde kontraindiciert sein (z. B. durch die sehr seltene Zinkidiosynkrasie), so tritt der einfache Heftpflastermull (ohne Medikament) statt dessen ein.

Da die nach aufsen folgende Leimlage eine verbindende Masse für die ganze Schiene abgiebt, so ist es ganz unnötig, zur Unterlage grofse Pflastermullstücke zu nehmen. Im Gegenteile ist es bei stark gebogenen Oberflächen (Gesicht, Finger, Genitalien) ratsamer im Interesse des absolut genauen Anschlusses, die Grundlage aus schmalen Streifen von Pflastermull zusammenzusetzen, wobei dieselben sich gerne an den Enden überlagern dürfen.

Trotzdem, dafs die Pflastermulle an den Haaren ankleben, kann man doch bei Beachtung einiger Vorsicht dieselben auch auf behaarte Körperstellen applicieren. Oft ist man in der Lage, (z. B. an den Beinen und Armen) die Haare vorher zu rasieren; wenn dieses nicht angeht oder wenn die Haare nur kurz geschnitten werden können, genügt es, dieselben vor Applikation des Pflastermulls etwas einzufetten. Die Hauptsorge ist dann, bei Abnahme der Schiene von der Seite her einen mit Benzin befeuchteten Wattebausch zwischen Haut- und Pflastermull einzuschieben, um den letzteren in schonlicher Weise von allen Haaren ab-

zulösen. Übrigens ist diese Art, die Schiene zu lösen, ganz allgemein als die sanfteste auch dort zu empfehlen, wo keine Haare in Frage kommen.

Es giebt eigentlich nur zwei Kontraindikationen für die Pflastermulle als Grundlage der Schienen, einerseits bei so stark entzündeten und zugleich nässenden Flächen (z. B. Eccema madidans faciei der Kinder), dafs der Zinkpflastermull nicht haftet und daher auch keinen günstigen Einflufs ausübt, andererseits behaarte Flächen, welche aus irgend welchen Gründen nicht rasiert werden können und zudem mit die Haare zusammenklebenden, dicken Krusten bedeckt sind. In diesen Fällen tritt der Zinksalbenmull (Zinkichthyol-Salbenmull, Zinkschwefel-Salbenmull) an Stelle des Zinkpflastermulles. Er haftet bei geringem, äufserem Drucke auch an stark nässenden Flächen und beeinflufst dieselben gut, er legt sich behaarten Körperstellen vortrefflich an und löst in einer Applikation Borken und Schuppen auf die schonendste Weise ab. Während aber der Zinkleim auf der Pflastermullgrundlage sehr gut klebt, haftet er auf Salbenmullflächen im allgemeinen schlecht. Man mufs daher entweder einseitigen Salbenmull verwenden, auf dessen trockener Seite der Zinkleim gut haftet. Oder, wo eine dickere Salbenlage und deshalb doppelseitiger Salbenmull erwünscht ist (z. B. an behaarten Stellen), pinselt man die fettige obere Seite des Salbenmulls mit einer (verdünnten) Kollodiumlösung leicht über, worauf man nach dem schnell erfolgenden Trocknen sofort den Zinkleim auftragen kann.

Da der Salbenmull hauptsächlich dann als Grundlage gebraucht wird, wenn eine starke Sekretion der Hautfläche besteht, so ist bei Abnahme der Schiene, die leichter von statten geht, als beim Pflastermull, die mit Salbenmull bedeckte Innenseite der Schiene gewöhnlich von sekundären Krankheitsprodukten verunreinigt. Man wird diese natürlich nicht an der Schiene haften lassen wollen; während aber Pflastermull sich durch einen Benzinbausch in situ von etwaigen geringen Hautschuppen auf der Stelle reinigen läfst, mufs man den Salbenmull nach Abnahme der Schiene ganz herausnehmen und durch eine andere Decke (s. weiter unten) ersetzen. Dieses empfiehlt sich auch dann, wenn der Salbenmull keine Verunreinigung zeigt, da die Schiene nicht die Haltbarkeit und Resistenz erhält, wie durch den Pflastermull. Höchstens kann man in solchen Fällen die Innenseite zugleich decken und steifen, indem man auch hier Kollodium überpinselt.

Man wird daher im allgemeinen die Pflastermulle als Basis für die Einleimung vorziehen und die Salbenmulle für die oben genannten Fälle reservieren, wo die Pflastermulle kontraindiciert sind.

3. Verbandmull. — Der einfache, entfettete Verbandmull ist bei der Herstellung der Schienen sehr nützlich, indem er sich mit dem Zinkleim zu einer ebenso festen, wie elastisch komprimierenden Lage

verbindet. Er giebt gleichsam dem Zinkleim für jede Hautschiene das passende Gerüst; er stellt das Skelett des Zinkleims dar. Man bedeckt den Zinkleim, ehe er hart geworden ist, sofort nach dem Aufpinseln mit gröfseren Stücken des Verbandmulls und drückt dieselben nieder. Zunächst geschieht das ohne Rücksicht für die Körperöffnungen (Auge, Mund, Nasenlöcher), die man nachträglich leicht aus dem Mull ausschneidet. Der mit Mull durchzogene Zinkleim nimmt die zum Härten desselben notwendige Chromsäure noch leichter auf und wird noch härter, als der chromierte Zinkleim allein. Endlich konstruiert man durch Einlegen von 2—3 Mullbändern in den Zinkleim auf die einfachste Weise Bindebänder für die spätere Applikation der Schiene.

Andere Arten von Mull, speziell die ordinäre, gestärkte Gaze, haben sich uns für die Herstellung der Schienen nicht so vorteilhaft gezeigt.

4. Chromsäure. — Eine 10%ige wässerige Lösung von Chromsäure, unmittelbar nach dem Trocknen des Zinkleims auf denselben gepinselt, verbindet sich mit ihm und verwandelt ihn in eine für Wasser und Fett gleich undurchlässige Schicht. Aber dieses sind nicht die einzigen Vorteile der Chromierung. Der Zinkleim trocknet rascher, wird sofort in der ihm gegebenen Form hart und hat einen grofsen Teil seiner Elasticität verloren, so dafs die von ihm zusammengehaltenen Stücke (Mull, Pflastermull) von nun an erst ein einziges Stück von gleichbleibender Form bilden. Immerhin behält die Schiene noch so viel Elasticität nach der Chromierung, dafs sie sich etwas biegen läfst, ohne zu brechen, und beim Nachlafs des Druckes ihre Form wieder annimmt, mithin genug für ihre feste Applikation am Körper.

Die rapide Einsaugung der wässerigen Chromsäure in den Zinkleim, welche man auf Durchschnitten des letzteren verfolgen kann, beruht nicht allein auf der starken Verwandtschaft der Gelatine zur Chromsäure, sondern ebenfalls auf der Verwandtschaft des Zinkoxyds zu derselben. Es bildet sich jedenfalls innerhalb der Schiene zum Teil chromsaures Zinkoxyd. Diese doppelt starke Verwandtschaft bringt es zuwege, dafs die Chromsäure wenige Minuten nach der Aufpinselung schon bis an den Pflastermull (resp. Salbenmull) vorgedrungen ist, um hier eine absolute Grenze für das Weiterdringen zu finden.

Schwächere Lösungen von Chromsäure zeigten sich unbrauchbar, da sie nicht die nötige Härte und Resistenz hervorriefen. Ebensowenig kann die Chromsäure durch Chromate und Bichromate ersetzt werden. Wir haben auch versucht, die Chromsäure durch Gerbsäure in verschiedenen Lösungen zu ersetzen, doch ohne Erfolg.

Die einzige schwache Seite der Chromsäure ist eine grüne oder braungrüne Farbe, welche sie den Schienen verleiht, und welche an unbedeckt getragenen Körperstellen unangenehm auffällt. Jedoch läfst sich

dieselbe, wo sie eine Kontraindikation für das Tragen der Gesichtsmaske oder Handschiene bei Tage bilden würde, leicht durch einen Anstrich mit hautfarbenem Firnis beseitigen.

5. Gewebte Unterzeuge. — Es giebt eine ganze Reihe von Fällen, wo die Applikation von Pflastermullen schwierig oder zu zeitraubend ist, um sich in der Praxis einzubürgern. Dazu gehört vor allem die Genitalgegend (Damm, Afterkerbe, Hodensack und Inguinalfalten), dann die Hände samt den Fingern. Ebenfalls stöfst die Anwendung derselben auf Schwierigkeiten bei sehr stark bewegten Hautregionen, wo die Applikation freilich leicht von statten geht, aber die Verbände nicht elastisch genug ausfallen, um alle Bewegungen anstandslos zu gestatten. Dahin gehört vor allem der Hals und Nacken, dann die Knie und Ellenbogen.

In allen diesen Fällen haben wir bei den Schienen dasselbe Prinzip befolgt, welches schon stets für solche Fälle bei einfachen Verbänden geübt wurde, nämlich den Ersatz der Bandage durch fertige, gewebte und elastische Unterzeuge. Für die Genitalregion passen gut sitzende, aber möglichst enge Schwimmhosen, für die Hände und Finger nicht zu enge, baumwollene Handschuhe, für Hals, Knie und Ellenbogen sehr elastische, möglichst enge, cylindrische Tricotagestücke.

Die betreffenden Zeugstücke werden direkt über die Haut gezogen und dort, wo sich unter denselben die zu behandelnden Affektionen finden, mit Zinkleim dick bestrichen, welcher sodann mittelst Chromsäure hart und unelastisch gemacht wird. Ebenso verfährt man nach Abnahme der Zeugstücke auf der Innenseite. Wo Tricotagestücke bei der Anlage stärker elastisch gespannt werden, müssen dieselben in ganzer Ausdehnung geleimt und chromiert werden, um später die ihnen künstlich gegebene Form zu behalten.

Es giebt noch eine dritte Indikation für den Ersatz der Pflastermullschiene durch geleimte Tricotagestücke, nämlich die Bedeckung sehr ausgedehnter flacher oder nur einfach gekrümmter Oberflächen. Es kann sich z. B. darum handeln, die ganze Schulter, den ganzen Rücken, Bauch oder Brust, den Oberschenkel grofser Personen mit einer Schiene fest zu verbinden. In solchen Fällen ist es nicht blofs billiger und etwas einfacher, die Schiene aus einem breiten Tricotcylinder herzustellen, sondern sie ist durch die grofse Fläche der ungeleimten Teile leichter in ihrer Lage zu erhalten und auch dauerhafter. Bei in verschiedenem Sinne gekrümmten Flächen, wie z. B. der Gegend zwischen den Schulterblättern, ist auch dann die genau anschliefsende Pflastermullschiene vorzuziehen.

B. Methode der Applikation.

1. Gesicht. — Die Gesichtsschiene ist von allen die wichtigste und eine der am schwierigsten gut und exakt herzustellenden. Aber auf der

anderen Seite springen auch die Vorteile einer gut sitzenden Maske für die Behandlung fast aller hartnäckigen Hautleiden des Gesichtes so sehr in die Augen und werden dem Patienten selbst so bald fühlbar, dafs die Einübung auf die Herstellung der Gesichtsmasken nicht dringend genug empfohlen werden kann. Es kommt hier in Betracht, dafs gerade für die Behandlung des Gesichtes eine einfache komprimierende Bandage bisher vollständig fehlte, und wir auf den Ersatz durch eine täglich zu wiederholende Einbindung mit Wattepolsterung und Mullbinden angewiesen waren, was für jeden einzelnen Verband ziemliche Kosten und eine geschickte Hand notwendig machte. Eine einzige, gut sitzende Gesichtsschiene jedoch, vom Arzte im Anfang der Behandlung angefertigt, macht es dem Patienten auch bei wochenlanger Behandlung möglich, sich selbst in viel zweckmäfsigerer Form zu verbinden.

Indikationen für die Gesichtschiene sind nicht schwierig, aufzustellen, aber schwierig zu detaillieren. Denn eigentlich giebt es keine hartnäckige Affektion des Gesichtes (Ekzem, Psoriasis, Akne, Sycosis, Lupus, Lepra, tertiäre Syphilis, Sklerodermie, Rosacea, Ulerytheme u. s. f.), welche nicht direkt günstig durch die Applikation der Maske beeinflufst würde. Speziell wollen wir nur hervorheben, dafs bei stark juckenden und ödematösen Gesichtsekzemen der Kinder, welche durch Reiben und Kratzen derselben beständig gereizt werden, die gut sitzende und beständig komprimierende Maske durch kein anderes mechanisches Hülfsmittel zu ersetzen und deshalb eigentlich stets notwendig ist.

Für alle genannten Affektionen ist es nicht stets nötig, eine ganze Gesichtsmaske zu konstruieren; es genügt oft eine Stirn-, Backen-, Nasen-, Kinnschiene. Aber wir wählen zur genauen Beschreibung den Fall einer totalen Gesichtsschiene, aus der die Anfertigung der partiellen leicht entnommen werden kann.

Zuerst wird die Stirn mit einem Streifen Zinkpflastermull bedeckt, der etwas über die Haargrenze übersteht, um beim späteren Einleimen die Haare nicht zu berühren. Nach unten kann der Streifen die etwas eingefetteten Augenbrauen bedecken. Dann wird ein zweiter Streifen über die Nase und den oberen Teil der Backen gelegt, welcher genau die Breite besitzt, dafs er Nasenwurzel und Nasenspitze berührt. Derselbe wird zuächst fest an die Seiten der Nase angedrückt, speziell in den Nasalfurchen fixiert und sodann über die Backen bis zum Ohre geführt. Auf die genaue Adaption des Pflastermulls auf jedem Punkte der Nase kommt für das spätere gute Sitzen der Maske das Meiste an. Am unteren Augenrande werden kleine runde Ausschnitte in dem oberen Rande dieses Streifens für die Augen gemacht. Mit einem dritten, schmalen Streifen wird sodann die Oberlippe und der mittlere Teil der Wangen ebenso exakt bedeckt. Endlich kommt ein vierter, breiterer Streifen auf das

Kinn und die unterste Wangenpartie zu liegen. Derselbe wird entweder am unteren Rande mehrfach eingeschnitten, und die entstehenden Zipfel werden unter den Kinnbacken, sich zum Teil deckend, fixiert; oder man biegt den Pflastermull um den Kinnbackenrand, bildet aus dem Überschufs Falten, die einfach mit der Schere abgeschnitten werden. Nötigenfalls, wenn die Hautkrankheit sich auf den Hals erstreckt, kann man diesen mit einem fünften Streifen bedecken und die Gesichtsschiene und Halsschiene zu einem Stücke verbinden.

Darauf werden die kleinen Lücken, die in dem Pflasterverbande geblieben sind, durch kleine Stücke Pflastermull verklebt und nun noch alle Stücke zusammen mit der Hand gut angedrückt.

Der inzwischen geschmolzene Zinkleim wird nun einmal leicht über die ganze Pflasterdecke aufgestrichen und sofort ein vorher bereits zugeschnittenes Stück Verbandmull auf die geleimte Fläche gelegt. Dasselbe mufs das Gesicht nach allen Seiten etwas überragen. Zuerst hat man auch hier mit besonderer Vorsicht den Mull an alle Vorsprünge und Falten der Nase fest anzudrücken und von hier aus, wie von einem festen Zentrum, den Mull nach allen Seiten an die geleimte Fläche anzustreichen, so dafs nirgends Falten in demselben bleiben. Sofort wird auf den Mull eine zweite, nicht zu dicke Lage Zinkleim aufgetragen, sanft und vorsichtig, um die dem Mull angewiesene Lage nicht wieder zu verändern. Es mufs genug Leim aufgetragen werden, um die Maschen des Mulls auszufüllen, aber auch nicht mehr, wodurch die Maske nur unnötig schwer und beim Trocknen weniger hart würde.

Sodann legt man, dem Stirnstreifen entsprechend, ein Stück Mullbinde auf die Stirn, lang genug, um am Hinterkopfe zusammengebunden zu werden. Ein ebensolcher Streifen kommt über beide Lippen und die unteren Backenteile zu liegen, aus welchem die unteren Bindebänder gemacht werden; auch diese werden sogleich im Nacken zusammengebunden. In letzterem Streifen schneidet man vor der Anlage in der Mitte einen Schlitz, entsprechend der Mundspalte. Nachdem diese Bänder sanft angestrichen sind, werden sie noch einmal leicht überleimt.

Jetzt endlich befreit man die Augen und den Mund von der über ihnen liegenden, durchsichtigen Lage Mull, welches mit der Schere sich leicht machen läfst, ohne die Teile zu berühren. Auch wird jetzt der äufsere Rand der Maske mit der Schere überall glatt geschnitten.

Etwa 10 Minuten nach der letzten Auftragung des Leimes ist derselbe so weit getrocknet, dafs man die 10%ige Chromsäurelösung aufpinseln kann. Dieses geschieht einmal, aber sorfältig jede Stelle mit dem nassen Pinsel berührend, so dafs die Maske ganz gelb aussieht.

Wenn der Zinkpflastermull an und für sich einen günstigen Einfluss auf die Hautkrankheit ausübt, kann man nun die Gesichtsschiene

bis zum nächsten Tage sitzen lassen. Wenn jedoch bestimmte Gründe eine andere Behandlung notwendig machen, läfst sich dieselbe auch bereits nach einem viertelstündigen Trocknen des Chromanstriches entfernen und dann sofort vollständig fertig machen.

In diesem Falle werden die Bänder gelöst und die Maske vorsichtig zuerst an der Stirn, dann an den Backen, dem Kinne und zuletzt an der Nase gelöst. Es ist zu empfehlen, bei dieser Procedur einen mit Benzin befeuchteten Wattebausch zur Hand zu haben, um überall dort, wo der Pflastermull stärker kleben sollte, speziell an einzelnen Haaren, durch Berührung mit dem Benzin die Lösung sanft zu bewerkstelligen. Übrigens ist uns kein Fall vorgekommen, wo die sofortige Lösung der Maske Schwierigkeiten bereitet hätte.

Man besichtigt nun die Maske von innen und reinigt alle Stellen, wodurch etwaige sekundäre Krankheitsprodukte (Schuppen, Krusten, Serum, Eiter) eine Beschmutzung des Pflastermulls stattgefunden hat, mittelst Benzinwatte. Dann kann sofort die Innenseite mit Zinkleim bestrichen, an einem warmen Orte rasch getrocknet und mit Chromsäure angepinselt werden. In kurzer Zeit ist sie vollkommen trocken und nun zu einem mehrwöchentlichen Gebrauche bereit.

Mit der Zeit nimmt die Maske eine immer grünere Farbe an, und man wird den Patienten daher durch Auftragen eines weniger unangenehm gefärbten Anstriches[2] häufig einen Gefallen thun.

Diese Maske ist sehr leicht, nicht heifs beim Tragen, kann vom Patienten selbst jeden Augenblick abgenommen und angelegt werden und übt durch ihren allseitig genauen Anschlufs einen wohlthätigen und niemals unangenehm empfundenen Druck aus.

Gewöhnlich ist eine Schiene für das Ohr nicht nötig, da dieser Körperteil mittelst Watte und der oberen Binde der Maske schon ziemlich gut komprimiert wird. Wo aber eine Schiene für dieselbe gewünscht wird, ist es am besten, dieselbe separat für sich anzufertigen. Hierzu füllt man die Höhlungen der Vorderseite des Ohres mit Watte aus, bedeckt sodann das ganze Ohr innen und aufsen mit Zinkpflastermull, leimt denselben an und chromiert in gewöhnlicher Weise, nachdem ein Stück Mull sorgsam und fest auf den Leim angedrückt war. Auf diese Weise erhält man ein gut sitzendes Futteral, welches nach hinten oben vom Ohre abgezogen und auf beliebige Weise am Kopfe befestigt werden kann.

2. Hände und Füfse. — Es würde unpraktisch sein, als Grundlage der Handschienen Pflastermull zu gebrauchen, nicht nur, weil diese Bedeckung sehr viel Mühe und Zeit in Anspruch nehmen würde, sondern hauptsächlich, weil die Schiene nach ihrer Vollendung schwer abzuziehen

[2] S. Anhang.

wäre. Diese letztere Schwierigkeit würde bei einer Unterlage von Salbenmull fortfallen. Aber bei weitem einfacher und praktischer und daher allein zu empfehlen ist hier der Gebrauch von ordinären baumwollenen Handschuhen als Unterlage. Dieselben dürfen nicht zu eng sein, sondern im Gegenteil, sie werden einige Nummern höher für den Patienten genommen, wie zum gewöhnlichen Zwecke.

Ehe man die Handschuhe anzieht, reibt man die Hände mit einer ätherischen Wachslösung (zweckmäfsig mit geringem Kollodiumzusatz) ein oder dick mit Talcum. Die ätherische Lösung mufs aufgepinselt und dann verrieben, aber nicht gesprüht werden, da dadurch die Hände in unangenehmer Weise kalt werden würden. Auf die stramm angezogenen Handschuhe wird nun bei gespreizten Fingern Zinkleim ziemlich dick aufgepinselt, bis nirgends der Stoff mehr durchscheint. Die Einleimung geschieht nur soweit, als unter dem Handschuh die Hautaffektion reicht, und einen Fingerbreit darüber. Wenn es z. B. — eine der häufigsten Indikationen — sich um ein keratoides, fissuriertes Ekzem der Vola handelt, braucht nur diese und nicht der Handrücken eingepinselt zu werden.

In einigen Minuten ist der Leim trocken genug, um mit 1%iger Chromsäure bestrichen zu werden. Man zieht darauf die Handschuhe aus und trocknet sie an einem warmen Orte. Dieselben bedürfen dann noch eines inneren Anstriches, um ganz wasser- und fettdicht und dadurch haltbar zu werden. Zu diesem Zwecke stülpt man alle Finger um und pinselt sie, nachdem sie so verkehrt angezogen sind, auf der Innenseite in gleicher Weise zuerst mit Zinkleim, dann mit Chromsäure an. In Abwesenheit des Patienten kann diese zweite Einleimung auch freihändig geschehen oder nach Einstecken eines Stabes in die einzelnen Finger. Nach völligem Trocknen beider Anstriche werden die Handschuhe wieder umgestülpt und sind zum Gebrauche fertig.

In solchen Fällen, wo die Handschuhe besonders leicht gewünscht werden, läfst sich der innere Leimanstrich ersetzen durch Bepinselung mit einer verdünnten Kollodiumlösung, welcher etwas Ricinusöl oder Wachs zugesetzt ist.

Das lange Armstück, welches die meisten Handschuhe in neuerer Zeit besitzen, kann man sehr gut für die vielfachen, hartnäckigen Affektionen der Handgelenkgegend benutzen (Ekzem, Lichen planus, Vitiligo), indem man den Leimanstrich auf die Handgelenk- und untere Armgegend ausdehnt. In solchen Fällen schneidet man, wenn die Finger nicht mitbefallen sind, die Handschuhfinger einfach ab.

Die in Hautschienen verwandelten Handschuhe sind ein starkes Unterstützungsmittel bei der Behandlung aller chronischen Affektionen der Hände und Finger. Aber sie sind geradezu unersetzlich bei jenen hart-

näckigen Affektionen der Hohlhand (Ekzem, Psoriasis, Syphilis), welche sonst nur durch Hinzunahme von Guttaperchaverbänden oder Gummihandschuhen bekämpft werden können. Sie sind nicht nur bei längerem Gebrauche sehr viel weniger kostspielig und zeitraubend als die Verbände, sondern vor allem auch wirksamer, was mit der Steifigkeit und dem daher bedeutenderen Drucke zusammenhängt, welcher sich mit den Handschuhen ausüben läfst. Nachdem die Medikamente auf die Hohlhand in Form von Pasten, Salben, Salbenmullen oder Pflastermullen aufgetragen und die Handschuhe angezogen sind, stopft man vom Handgelenk her noch so viel ordinäre Watte unter den steifen Handschuh, dafs ein starker permanenter Druck auf die Hohlhand ausgeübt wird.

Während aufserdem die Gummihandschuhe bei vielen Personen die Hornschicht übermäfsig quellen machen und eine unerträgliche Hitze und Brennen der ganzen Hände hervorbringen, sind die geleimten Handschuhe dank der Porosität des Leimes von einer auffälligen Kühle, so dafs sie sogar bei Verbrennungen und akuten Entzündungen direkt als Kühlmittel Verwendung finden können. Niemals erzeugen sie aber — wie der reine Gummi hin und wieder — Reizungen, Erythem und Maceration der Hornschicht und damit eine Ausbreitung der Affektion.

Endlich kommt noch der wichtige Vorteil der geleimten Handschuhe gegenüber den Gummihandschuhen in Betracht, dafs die letzten die gesamte Handfläche unter impermeabler Bedeckung halten, während die ersteren nur die kranken Stellen in dieser Weise beeinflussen. Der Vorteil für den Patienten liegt auf der Hand.

Es bedarf nur der Hervorhebung dieser fünf Punkte (Individualisierung des Verbandes für den vorliegenden Fall, Kühle und subjektive Annehmlichkeit, Möglichkeit eines festen Druckes, Einfachheit der Darstellung und Billigkeit), um die zweifellose Überlegenheit der geleimten Handschuhe vor den bisherigen Verbänden, welche denselben Zwecken dienten, zu beweisen.

Für die Füfse, insbesondere die Zehen, werden die Fufsschienen in derselben Weise aus Strümpfen gemacht, wie die Handschienen aus Handschuhen. Für die hier in Betracht kommenden Fälle, Eccema intertrigo der Zehen, Hyperidrosis pedum, genügen die gewöhnlichen Strümpfe ohne besondere Zehenstücke. Die Anwendung solcher würde die Schienen zu unförmlich machen und zur Verlagerung der Zehen und Druckschmerz Anlafs geben. Es ist nur nötig, innerhalb der Schiene die Zehen wie gewöhnlich durch Salbenmull oder Pflastermull zu isolieren.

In allen Fällen, wo neben dem impermeablen Druckverbande die feuchte medikamentöse Einwickelung indiciert ist, z. B. der Resorcindunstverband, werden zuerst baumwollene Handschuhe und Strümpfe angezogen, welche knapp sitzen und mit der Resorcinlösung befeuchtet

sind, und über diese dann die geleimten Handschuhe, resp. Strümpfe. Man wird in diesen Fällen die letzteren entweder von vornherein etwas weit auswählen oder die Schienen anstatt auf der bloßen Haut über den engeren Handschuhen und Strümpfen in situ anlegen.

3. Genital- und Aftergegend. — Für hartnäckige Ekzem- und Pruritusfälle, welche auf das Scrotum beschränkt sind, genügt die Einleimung und Chromierung eines beutelförmigen, gewöhnlichen, gut sitzenden Suspensoriums nach denselben Prinzipien, welche soeben bei der Herrichtung der Handschuhe besprochen sind. Nur wird es sich hier empfehlen, vor der Anlegung des ungeleimten Suspensoriums den ganzen Hodensack mit Salbenmull oder Pflastermull zu bedecken, mit ersterem, wo die Behaarung reichlicher ist. Nachdem das Suspensorium in situ geleimt und chromiert und dann getrocknet ist, wird wie bei der Gesichtsmaske der Salbenmull entfernt und durch einen inneren Anstrich mit Zinkleim und Chromsäure ersetzt.

Außer für die obengenannten Fälle von Ekzem und Pruritus ist die feste Hodensackschiene natürlich auch ganz besonders indiciert bei Epididymitis, Orchitis, Hydrocele, Tumoren des Hodens und Hodensackes, beispielsweise bei beginnender Elephantiasis scroti, teils als Druckverband allein, teils als Unterstützungsmittel anderer Medikamente.

Wir wenden uns nun zu der womöglich noch wichtigeren Zurichtung einer gewöhnlichen Schwimmhose zur dermalen Schiene. Denn es kommen gerade an den Genitalien und am After zugleich Fälle von Ekzem, Folliculitis etc. vor, welche mit so furchtbarem Juckreiz verbunden sind, daß keine gewöhnliche Bandage und auch nicht eine gewöhnliche Pflastermullschiene, selbst wenn sie noch so gut angelegt ist, die notwendigen Medikamente in ihrer Lage sicher fixiert. Hier leistet die in eine feste Schiene verwandelte, bei allen Bewegungen gut anschließende und einen permanenten Druck ausübende Schwimmhose ganz vorzügliche Dienste.

Die möglichst elastische und eng anschließende Schwimmhose wird in gewöhnlicher Weise angezogen und alle Stellen derselben, welche den afficierten Hautstellen entsprechen, werden dick mit Zinkleim und Chromsäure in bekannter Weise bestrichen. Die Hose wird sodann ausgezogen und an einem warmen Orte rasch getrocknet. Sie wird nun umgedreht und, ohne wieder angezogen zu werden, auf der Innenseite ebenfalls an den entsprechenden Stellen geleimt und chromiert. Die auf diese Weise in der Genital- und Analgegend allein gehärtete und impermeabel gemachte Hose übt, wenn sie vorher genügend eng anschloß, bereits allein einen erheblichen Druck auf die kranken Stellen und die eingeschobenen Medikamente (Salben und Pasten mit Wattebelag, Salbenmulle, Pflastermulle) aus. Aber in allen schwereren Fällen und bei besonders heftigem Juckreize wird ihre Leistung auf die höchste Stufe gebracht durch zwei Stücke

einer Mullbinde, deren Enden hinten und vorn über den Schultern hängend rechts und links von den Genitalien stramm zusammengebunden werden. Den starken Druck, welcher dadurch auf die Genitalien und besonders auf den Damm ausgeübt wird, empfinden die Patienten hauptsächlich in aufrechter Lage und im Bette sehr wohlthätig. Er trägt bedeutend zur Herabsetzung des Juckgefühles bei. Beim Sitzen, wo die Schulterbinde sich lockert, wird durch Anschwellung der Schenkel und des Gesäfses die Hose von selbst enger und komprimiert besser. Um das Abgleiten der Schulterbänder nach rechts und links zu verhindern, werden dieselben über dem Rücken durch einen queren Mullstreifen zusammengehalten. Die so hergestellte Schwimmhosenschiene ist nach unserer Erfahrung das beste Verbandmittel für juckende Genitalleiden. Um dieselbe rascher anziehen und abnehmen zu können (beim Verbandwechsel, Stuhlgang), ist es vorteilhaft, sie auf beiden Seiten von oben nach unten aufzuschneiden und hier einige Bindebänder anzunähen.

4. Knie- und Ellbogengegend. — An diesen viel und ausgiebig bewegten Regionen hat die Verwendung sehr elastischer, enger, cylindrischer Tricotstücke, welche die Gelenkgegend nach beiden Seiten etwa handbreit überragen, entschieden einen Vorteil vor den Pflastermullschienen. Die Zurichtung mittelst Zinkleim und Chromsäure ist genau so wie bei der Schwimmhose und dem Suspensorium; es werden nur die Stellen des Tricots beiderseitig gehärtet, welche den afficierten Stellen entsprechen. Dabei ist jedoch wohl zu bemerken, dafs, um die Gelenkbewegungen nicht zu hindern, die der Ellenbeuge- und Kniebeuge entsprechenden Stellen des Stoffes niemals gehärtet werden dürfen. Andererseits kann als Regel gelten, um der Schiene die nötige Festigkeit zu geben, dafs stets wenigstens der obere und untere Rand des Tricots in der Ausdehnung von 3—4 cm cirkulär gehärtet wird.

Wir treffen hier die erste wirkliche Kontraindikation der dermalen Schienen. Denn eine harte und zugleich unbeschränkt bewegliche Schiene auf den Beugeseiten dieser beiden Gelenke ist nicht gut denkbar. Hier tritt die bisher übliche Bandage in ihr Recht, welche in der Applikation des Medikaments, einer weichen, dicken Wattelage und einer darüber fest angelegten Mullbinde besteht. Aber selbst hier kann noch die Ellenbogen-Knieschiene mit Vorteil dann verwandt werden, wenn es ausnahmsweise auf einen sehr starken, permanenten Druck auf die Beugen ankommt. Man härtet die Schiene nur im oberen und unteren Teile, appliciert sie über dem Medikament und bindet nun eine schmale Gummibinde in Achtertouren so um das Gelenk, dafs sich die Kreuzungen alle auf der Beugeseite des Gelenkes befinden und der übrige Druck ganz auf die harten Stellen der Schiene beschränkt ist, ohne die Cirkulation des Armes zu hindern.

Es wird selten möglich sein, die Ellenbogen- und Knieschiene als Ganzes beim Verbandwechsel von den Extremitäten abzustreifen. Gewöhnlich muſs man dieselbe, nachdem sie getrocknet ist, an der Innenseite aufschneiden und hier mit angeleimten Mullstückchen zubinden.

Vor den gleich zu beschreibenden Pflastermullschienen haben die Tricotschienen den Vorteil, rascher angefertigt zu werden und den Bewegungen mehr Spielraum zu gewähren.

Die Pflastermullschiene erhält man durch Anlage zweier Streifen Zinkpflastermull, welche den oberen und unteren Teil der Extremitäten zur Hälfte, d. h. an der Streckseite umgreifen und über dem Olekranon, resp. der Patella gerade zusammenstoſsen. Darauf werden die Oberflächen der Pflastermullstücke geleimt und nun Mullstücke darauf gepreſst, welche die ersteren etwa 2 cm überragen und sich daher in der Mitte decken. Dann folgt nochmalige Einleimung, das Einlegen der Bindebänder, die an der Beugeseite zusammengebunden werden, und die Chromierung.

An einer Linie, entsprechend dem vorstehendsten Teile des Olekranon und der Patella, besteht mithin die Schiene nur aus Mull und chromiertem Leim und hat an dieser Kante daher einen beweglichen Rücken, welcher die Beuge- und Streckbewegungen der sonst harten Schiene erlaubt.

5. Unterschenkel. — Für den Unterschenkel mit seinen Varicen, Ekzemen und Geschwüren würde der Schienenverband begreiflicherweise ein sehr dankbares Feld abgeben, wenn nicht schon in dem einfachen Zinkleimverbande mit Dauerbinde eine ebenso einfache, wie billige und wirksame Methode existierte. Es kommen also für die Unterschenkelschiene nur diejenigen Fälle in Betracht, wo entweder — nach Art des Gummistrumpfes — jede Bandage zeitweise abgenommen werden, oder wo ein anderes Medikament, speziell in wässeriger und fettiger Form, anstatt des Zinkleims, zur Anwendung kommen soll.

In diesen Fällen ist am empfehlenswertesten die Einwickelung eines mehr oder minder groſsen Teiles des Unterschenkels oder des ganzen Gliedes in Zinkpflastermull, worauf die Einleimung und dann die Applikation einer gewöhnlichen Mullbinde, nochmalige Einleimung und Chromierung in situ folgt. Vor der Applikation des Zinkpflastermulls ist entlang der Tibiakante ein zollbreiter Wattestreifen zu legen, auf welchem nun die ganze Schiene aufgeschnitten wird. Nach Benzinreinigung der Innenseite wird die Schiene dann von innen geleimt und chromiert und schlieſslich auſsen mit drei Bindebändern versehen.

Bei ärmeren Patienten, wo die einmalige Ausgabe für den Zinkpflastermull gescheut wird — übrigens paſst für diese der Dauerzinkleimverband am besten — kann man den Pflastermull durch dünnes, steifes Packpapier ersetzen, das man mit Binden festlegt, dann leimt und chromiert.

Wo ein besonders fester Druck der Schiene erzielt werden soll, kann man den Zinkleim durch Wasserglas ersetzen; aber Wasserglasschienen sind stets spröde, schmiegen sich nicht so gut an wie Leimschienen und müssen deshalb auch stets an zwei Seiten aufgeschnitten und als zwei Halbschienen gebraucht werden.

6. Hals und Rumpf. — Der Hals und Rumpf können als Paradigmata grofser, mit Schienen zu bedeckender Hautflächen dienen, ersterer als ein sehr beweglicher, letzterer als ein relativ unbewegter Körperteil. Trotz dieser grofsen Differenz ist für beide die geleimte Tricotschiene die am meisten zu empfehlende Bedeckung; denn die Tricotunterlage giebt einerseits die elastischsten, andererseits für grofse Strecken die billigsten und am raschesten herstellbaren Schienen. Aufserdem kommt in Betracht, dafs die Schienen aus gewebtem Stoffe sehr haltbar sind und den Pflastermullschienen gegenüber relativ um so haltbarer sich erweisen, je gröfsere Dimensionen sie besitzen.

Für den Hals kann ein rein cylindrisch gewebtes Tricotstück benutzt werden, wenn es nur sehr elastisch ist. Man zieht es über den Hals, schneidet vorn und hinten den unteren Rand so weit ein, dafs man die entstehenden Seitenwände des Cylinders bis über die Schultern ausziehen kann. Dann wird in jedes dieser beiden Enden ein Loch geschnitten, grofs genug, um den Arm hindurchzustecken, und auf diese Weise der Stoff provisorisch am Halse in gestreckter Lage fixiert. Derselbe wird sodann in dieser Lage geleimt und chromiert. Nach dem Trocknen schneidet man am besten auf der Rückseite die Schiene in der Mitte auf, nimmt sie ab und leimt und chromiert sie auf der anderen Seite. Zwei bis drei aufgeleimte Bindebänder dienen dazu, die Schiene am Halse hinten fest zu schliefsen. Auf den Schultern wird sie durch die unter den Achseln durchlaufenden Tricotenden festgehalten, und man thut gut, den in der Achselhöhle befindlichen Teil nicht zu leimen. Wo die Befestigung der Achselteile irgend welche Schwierigkeiten macht, kann man dieselben abschneiden und den Halsteil in ein passendes Unterhemd derart einnähen lassen, dafs es mit diesen an- und ausgezogen werden kann. Man könnte daran denken, den Halsteil überhaupt durch Präparation eines gewöhnlichen Kragens herzustellen, doch sind die im Handel befindlichen Kragen zu steif und weit davon entfernt, sich jedem Halse in der notwendigen Weise zu accomodieren; zudem würden dieselben erst weich zu machen sein und doch den Leim nicht gehörig annehmen.

Die Halsschienen sind speziell indiciert bei hartnäckigen, umschriebenen, marginierten Ekzemen, bei Lichen planus, Lupus und Vitiligo des Halses.

Für die Rumpfschienen, einerlei, ob die afficierten Partien, welche zu bedecken sind, am Rücken, an der Brust oder am Bauche sitzen, kann stets dasselbe möglichst enge und möglichst elastische Tricotunterhemd

dienen. Man braucht nur diejenigen Partien, selbst nur kleine Flächen des Tricothemdes zu leimen und zu chromieren, welche den zu behandelnden Stellen entsprechen. Die Aufsenseite wird am Körper, die Innenseite nach dem Abnehmen auf dieselbe Weise gehärtet. Diese partiell gehärteten Hemden erzeugen aber selbst bei noch so elastischem Stoffe nicht den erwünschten Druck. Daher mufs man bei den Rumpfschienen stets zwei bis vier Bindebänder hinten am Rücken anleimen, die vor der Brust und dem Bauche fest zusammengebunden werden und sowohl dazu dienen, die betreffenden Teile niederzudrücken, als das Hemd als Ganzes in seiner Lage zu erhalten. Bei Frauen kann die Stelle der Bindebänder von einem über dem Hemde getragenen Korsett ersetzt werden. — Wenn nur einzelne Stellen des Hemdes gehärtet werden, ist es praktisch, die Bindebänder genau in der Höhe dieser anzubringen.

Wir glauben, mit den hier besprochenen Regionen des Körpers zugleich genügende Beispiele gegeben zu haben, um den Leser auch in den Stand zu setzen, andere nicht besprochene Körperteile (Oberschenkel, Hinterbacken, weibliche Brust etc.) sofort in der richtigen Weise, sei es mit Pflastermullschienen oder Tricotschienen, zu bedecken.

III. Zur Wirkungsweise der Schienen.

Jeder Fachmann, welcher sich mit der Darstellung und Anwendung der Hautschienen praktisch beschäftigt, wird sehr bald die ihm besonders am Herzen liegenden, speziellen Indikationen herausfinden. Wir halten es deshalb nicht für nötig, die Anwendung der Schienen noch nach Krankheiten zu ordnen und zu besprechen. Wohl aber wird es sich empfehlen, einige Punkte von allgemeinem Interesse zu erörtern, welche stets bei der Anwendung und Herstellung von Hautschienen, welcher Art sie auch seien, in Betracht kommen.

Zum Gebrauche von Schienen wird sich der Dermatologe immer nur dann entschliefsen, wenn seine Kunsthülfe auf das höchste Mafs potenziert werden soll, d. h., wenn er besonders hartnäckigen Krankheiten gegenüber steht oder wenn die Beseitigung derselben mit allen zu Gebote stehenden Mitteln in denkbar kürzester Zeit erreicht werden soll. Es wird niemandem einfallen, bei einem leichten, rasch und einfach zu beseitigenden Hautübel sie überhaupt in Betracht zu ziehen.

Die stärkere Wirkung aller unserer Medikamente, eingeschlossen zwischen Haut und Hautschiene, beruht hauptsächlich auf folgenden drei Faktoren.

In erster Linie kommt hier die Impermeabilität der Schienen in Betracht. Da die Grundlage unserer Schienen teils aus absolut impermeablem Pflastermull, teils aus stark durchlässigem Tricot bestehen, so müssen bei ihrer Anwendung diese Fälle wohl auseinandergehalten

werden. Der bei beiden gebrauchte chromierte Zinkleim ist für gasförmigen Wasserdunst leicht durchdringlich, während er tropfbar flüssiges Wasser und Fett, also die Schweifsbestandteile, Salben, Pasten, das flüssige Wasser feuchter Kompressen etc., gut zurückhält und nicht von denselben durchdrungen wird.

Die Schienen, welche daher aus Tricot und Leim bestehen, werden speziell alle Fette gut zusammenhalten, während wässerige Applikationen, allerdings sehr langsam, durch Abgabe von Wasserdunst, darunter eintrocknen. Diese Abgabe ist aber doch stark genug, um auf die Haut, nach Anlegung der Schiene, in solchen Fällen eine permanente Kühle zu erzeugen. Leute, welche z. B. sowieso an „kalten Händen" leiden, empfinden beim Tragen der Leimhandschuhe eine bedeutende, ungewohnte Kälte an den Fingern. Bei entzündlichen Affektionen oder auf gereizter, erythematöser Haut kann dieses Kältegefühl wohlthuend empfunden werden. Ein Kollodiumanstrich auf der Innen- oder Aufsenseite des geleimten Tricots macht denselben nicht weniger für Wasserdunst durchlässig. Nur eine Fettlage hat diesen Effekt. Wo mithin von den Tricotschienen eine absolute Impermeabilität gewünscht wird, mufs man dieselben (durch starkes Einfetten) an der Innenseite vor Auftragen des chromierten Leimes impermeabel machen und dann die Innenseite später zuerst mit Kollodium und dann mit Chromleim bedecken.

Im Gegensatz dazu sind die Pflastermullschienen stets vollständig, auch gegen Wasserdunst impermeabel. Sie werden daher warm empfunden, auch oberhalb von feuchten Kompressen. Sie sind deshalb vor allem geeignet, auf die Oberhaut macerierend einzuwirken und dadurch den Effekt der Medikamente zu verstärken.

In zweiter Linie kommt bei allen Schienen der Druck in Betracht, ein Punkt, welcher bereits in der Einleitung genügend besprochen ist. In schwierigen Fällen garantiert nur eine gut sitzende Schiene den genauen Anschlufs des Medikaments, und dieser läfst sich durch Anziehen der Schiene beliebig steigern.

Als ein dritter Vorteil, den die Applikation der Medikamente unterhalb der Schienen mit sich bringt, wäre die genaue und sichere Lokalisation derselben anzuführen. Es ist ein Leichtes, dicht bei einanderliegende Punkte der Hautoberfläche unter dem Schutze der Schiene gesondert mit differenten Mitteln zu behandeln.

Die subjektiven Empfindungen, welche durch Tragen der Masken und Schienen hervorgerufen werden, sind in keinem Falle unangenehme gewesen. Nur im Anfange werden Gesichtsmasken häufig als ein notwendiges Übel empfunden. Sowie jedoch die Einwirkung des zweckmäfsig gewählten Medikamentes vor sich geht, hat der Patient unter der impermeablen Maske im allgemeinen weniger unangenehme Empfin

dungen von seiten der Medikamente, als ohne dieselben. Besonders gilt dieses von den stark die Oberhaut angreifenden Mitteln, wie Resorcin, Salicylsäure. Zum Teil liegt dieses an der die Nerven beruhigenden gleichmäfsigen Temperierung der Hautoberfläche unter der Maske, zum Teil an dem stets wohlthätig empfundenen, gleichmäfsigen Drucke derselben. Besonders werden juckende Empfindungen, welche vorher den Patienten plagten, regelmäfsig durch das Tragen von Schienen günstig beeinflufst. Auch hier kommt gewifs der doppelte Effekt in Betracht, die Maceration verdichteter Stellen der Hornschicht und die Verdrängung stauender Blut- und Lymphansammlungen aus dem Gewebe, welche auf die Impermeabilität und den Druck der Schienen zurückzuführen sind. Weiter ist nicht zu vergessen, dafs eine sehr gewöhnliche Ursache des Juckens durch das Kratzen der Patienten gegeben ist, welches das Erythem, die Blut- und Lymphstauung vermehrt und dadurch einen unheilvollen Circulus vitiosus herbeiführt. Die gut sitzende Schiene ist aber stets das beste, in einzelnen Fällen (Pruritus genitalium et ani) das einzig sichere Mittel, um das Kratzen der Patienten zu verhindern. Daher ist in Fällen von pruriginösen, lokalisierten Hautaffektionen die über zweckmäfsig gewählten Medikamenten (Salicyl-Kreosot-Pflastermullen-, Resorcin-, Karbol-, Teer-, Sublimatpräparaten) applicierte Schiene eine augenblicklich als solche empfundene und weiterhin auch objektiv als solche sich dokumentierende Wohlthat.

IV. Vorzüge unserer Schienen.

Wir glauben, bereits heute für die von uns gebrauchten und im vorhergehenden beschriebenen Schienen die folgenden guten Eigenschaften als feststehend hervorheben zu können:

1. Der Anschlufs der Schienen an die Haut ist ein vollkommener, man kann fast sagen idealer. Speziell gilt dieser Satz von den Pflastermullschienen.

2. Trotz des genauen Anschlusses lassen sich die Schienen jeden Augenblick leicht abnehmen und wieder anlegen, ohne dafs an der gegebenen, festen Lage das Geringste geändert wäre.

3. Unsere Schienen sind recht dauerhaft und dienen — in der Klinik — stets mehrere Wochen zur Deckung ohne merkliche Veränderung ihrer Konsistenz und Güte.

4. Sie sind billig herzustellen. Von den Tricotschienen gilt das insbesondere, da gröfsere Körperteile mittelst derselben gedeckt werden. Die Billigkeit tritt am meisten den bisher gebräuchlichen Wattemullverbänden gegenüber hervor, welche täglich durch neue ersetzt werden mufsten.

5. Es ist ein sehr wichtiger Umstand, dafs durch den Besitz einer

für ihn modellierten Schiene der Patient in der Behandlung selbständiger und der Arzt und das Wärterpersonal demgemäfs entlastet wird.

6. Endlich möchten wir als einen speziellen Vorzug der Pflastermull- und Salbenmullschienen noch hervorheben, dafs schon die Herstellung der Schiene ein Teil der Behandlung ist, so dafs keine Stunde an letzterer gekürzt wird. In besonderen Fällen kann durch Wahl medikamentöser Pflastermulle (Quecksilber-Karbol-Pflastermull, Salicyl-Kreosot-Pflastermull, Resorcin-Pflastermull) die Erzeugung der Schiene schon zu einem wichtigen Abschnitte der Behandlung gemacht werden.

V. Anhang.

1. Ersatz für Chromsäure. — Nach Abschlufs der Arbeit wurden wir auf die Mitteilung von HAUSER[3] aufmerksam, welcher fand, dafs zur Gerbung der Gelatine Formalin gebraucht werden kann. Einige Versuche in dieser Richtung welche wir anstellten, bestätigten diese Thatsache auch für den Zinkleim. Indessen fehlen uns noch weitere Erfahrungen über die Haltbarkeit solcher Masken. Sollte es sich herausstellen, dafs Formalin die Chromsäure vollständig ersetzen kann, so würde dieses letztere Mittel den Vorzug verdienen, da es die Gelatine weifs läfst.

2. Färbung der Schienen. — Sollte die Härtung der Schienen durch Formalin sich bewähren, dann würde eine Färbung ihrer Aufsenfläche in Zukunft vielleicht nicht nötig sein. Zur Zeit jedoch, wo wir die Härtung mit 10%iger Chromsäure vornehmen, ist die resultierende vom Grüngelben ins Braune spielende Farbe der Masken keine angenehme und auch leicht vermeidbare Zugabe. Jede gewöhnliche, leicht trocknende Ölfarbe kann zu dem Anstriche der Masken benutzt werden. Man wird zweckmäfsigerweise — analog dem rosa gefärbten und so beliebten englischen Pflaster — den Masken eine weifs-rötliche Farbe oder direkt eine weifs-gelb-rötliche Hautfarbe geben. Eine solche kann jeder Anstreicher aus Leinölfirnis, Siccativ mit Zusatz von Zinkweifs, gelbem und rotem Bolus, resp. etwas Ocker, Umbra oder Karmin in beliebiger Nuance herstellen. Wir haben einen zufällig vorhandenen Zinkoxyd-Schellackfirnis dazu benutzt, der bekanntlich durch Bildung harzsauren Zinkoxyds stets schön rosa gefärbt ist und einen sehr harten, sofort trockenen Anstrich liefert.

3. Reparatur der Schienen. — Da mit der Zeit bei unausgesetztem Gebrauche die Schienen durch die chemischen Einflüsse der Medikamente und die mechanischen Einwirkungen der feuchten Kompressen, Fette und der Handhabung abgenutzt werden, ist es vorteilhaft, durch eine einmal wöchentlich vorgenommene einfache Reparatur dieselben

[3] HAUSER, Weitere Mitteilungen über Verwendung des Formalins zur Konservierung von Bakterienkulturen. *Münch. med. Wochenschr.* S. 655. August 1893.

in gutem Zustande zu erhalten. Man wischt die Schienen zu diesem Zwecke mit einem mit Benzin befeuchteten Wattebausch sauber aus, läfst dieselben trocknen, überleimt dann etwaige Risse oder Bruchstellen und chromiert sie in der gewöhnlichen Weise. Auf diese Art haben wir Masken zwei Monate und darüber bei unausgesetztem Gebrauche in gutem Zustande erhalten können.

4. Wachsfirnis. — Ein nicht gerade absolut notwendiges, aber häufig recht brauchbares Hülfsmittel bei der Herstellung der Schienen ist ein Wachsfirnis. Derselbe stellt eine konzentrierte Auflösung von Wachs mit Zusatz von etwas Ricinusöl in Äther dar und kann zweckmäfsigerweise noch einen geringen Zusatz von Kollodium erhalten. Er dient erstens dazu, die Haut einzupinseln in solchen Fällen, in denen die Unterlage von Pflastermull oder Salbenmull aus äufseren Gründen nicht zur Hand ist und dennoch die Schiene oder Gesichtsmaske angefertigt werden soll. Allerdings sind solche Schienen nicht sò fest wie richtige Pflastermullschienen, und weniger dauerhaft. Man kann in solchen Fällen, nachdem die Haut einen Überzug von Wachsfirnis erhalten hat, den Leim besser von derselben abziehen und leimt und chromiert die Schiene dann noch einmal von der Innenseite.

Derselbe Anstrich mit Wachsfirnis genügt bei der Darstellung der Leimhandschuhe, um das Durchschlagen des Leimes zu verhüten und jene später leicht von der Hand abziehen zu können.

Wo man endlich Gesichtsmasken mit Salbenmull hergestellt hat (z. B. in Fällen von stark nässenden Ekzem) und den beschmutzten Salbenmull herausnehmen mufs, wird man gut thun, die Innenseite mit dem Wachs-Kollodiumfirnis zu überpinseln, um sofort nach dem Trocknen auf die innere Seite Zinkleim auftragen zu können.

5. Elastische Binden. — Wir haben auf die verschiedenste Weise versucht, die starke Wirkung des elastischen Druckes mittelst Gummibinden bei den Masken und an Stelle derselben anzubringen, aber die Resultate entsprachen nicht unseren Erwartungen. Auf dem Gesichte wurde der elastische Druck von keinem Patienten länger als eine kurze Zeit, etwa eine Viertelstunde, ertragen. Eher können die Extremitäten einen elastischen Dauerverband aushalten. Aber derselbe mufs relativ lose und sehr sorgfältig angelegt werden, wenn nicht unliebsame Ödeme entstehen sollen. Ebenso wie bei den Stauungsdermatosen der Unterschenkel (Varicen, Ulcus cruris) die Martinsche Gummibinde dem Zinkleimverband Platz gemacht hat, übertrifft die Leimschiene auch an allen anderen Körperstellen die elastische Binde dort, wo ein Dauerverband in Frage kommt, und so verbleibt ihr nur die Bedeutung eines transitorischen und dann allerdings sehr wertvollen Druckverbandes.

Wir haben oben bei Besprechung der Knie- und Ellenbogenschiene

angedeutet, wie man unter Umständen den elastischen Druck mit der festen Schiene bei sehr beweglichen Gelenken in einer für den Patienten unschädlichen Weise verbinden kann.

6. Pappe. — Die bekannte Eigenschaft der ordinären Pappe, die ihr in warmem Wasser gegebene Gestalt beim Trocknen zu behalten, ihre Festigkeit und Billigkeit waren ebenso viele Gründe, zu versuchen, dieselbe oft und in verschiedener Weise für die Schienen nutzbar zu machen. Aber in der Praxis stellten sich so viele Mängel und Nachteile heraus, dafs wir ihren Gebrauch vollkommen aufgegeben haben, selbst bei ganzen Rückenschienen, wo sie der Billigkeit halber gewifs in Frage kamen. Es ist schwierig, ihnen eine exakt dem Körperteile entsprechende Form zu geben, da man sie schlecht schneiden kann. Für alle beweg licheren und stärker gebogenen Teile ist sie nicht biegsam, oder, wenn letzteres, wieder nicht haltbar genug. Nachdem man sie feucht durch Binden in der richtigen Lage fixiert hat, trocknet sie langsam, und diese notwendige, vorläufige Fixierung auf dem Körper ist keineswegs angenehm für den Patienten. Endlich ist sie durchaus nicht haltbar, wie man erwarten sollte, sondern bricht ebenso leicht, wie sie sich bald verbiegt. Höchstens kann man in der Armenpraxis ganz dünne Pappe oder Packpapier als Unterlage des Leimes an Stelle von Pflastermull hin und wieder in Anwendung bringen.

7. Wasserglas. — Die Unnachgiebigkeit und Härte des Wasserglases macht es für die meisten Schienen unbrauchbar. Nur für unbewegliche, kleine Schienen, welche einen starken Druck ausüben sollen, z. B. oberhalb von Unterschenkelgeschwüren, wird man den Wasserglasanstrich dem des Zinkleimes substituieren können. Immerhin können wir das Wasserglas als das einzige Hülfsmittel anführen, welches unter Umständen den Zinkleim zu ersetzen im stande ist.

8. Gips. — Der Gips allein, sowie in Form von Gipsbinden, Gipswatte, sowie ferner in Mischungen mit anderen erhärtenden Substanzen (u. a. auch mit Zinkleim) erwies sich uns durchaus unbrauchbar. Er macht die Verbände schwer und dick, absolut unbeweglich, leicht brüchig und ist für schon entzündete Hautoberflächen geradezu gefährlich.

9. Modellierungsmassen. — Es lag uns nahe genug nach dem Vorgange der Zahnärzte, gewisse Modellierungsmassen aus Wachs- und Schellackkompositionen zu versuchen, welche jeden Körperteil rasch und genau abzuformen erlauben. Wir fanden jedoch die im Handel befindlichen für unsere Zwecke zu zerbrechlich, unelastisch und kostspielig. Auch mufsten sie für entzündliche Hautflächen zu stark erwärmt werden, um die Form derselben anzunehmen. Immerhin läfst sich vielleicht durch Verbesserung dieser Massen, mit der wir beschäftigt sind, für einzelne Fälle ein zweckmäfsiger, rasch herstellbarer Ersatz der Schienen erreichen.

Erfahrungen mit einer Zinkoesypuspaste.[1]

Von

Dr. med. C. Berliner-Aachen.

Auf der letzten Naturforscherversammlung in Halle hat Ihle am Schlusse seines Vortrages über „Weitere Erfahrungen mit Oesypus“ sein lebhaftes Bedauern darüber ausgedrückt, dafs die Herren Dermatologen von seinen ersten, auf dem Bremer Kongresse gemachten Mitteilungen über gewisse reducierende Mittel, darunter auch über das Oesypus fast gar keine Notiz genommen haben. Seitdem sind wiederum zwei Jahre verstrichen, und man hat trotz der warmen Empfehlung des Mittels seitens Ihles und Taenzers in der Litteratur kaum mehr als eine kurze, referierende Bemerkung gelesen. Nicht einmal Unna, der, wie ich weifs, in seiner Klinik längere Zeit mit Oesypussalben Versuche angestellt hat, hat über die Resultate derselben etwas veröffentlicht.

In der Zeit, wo die neuen Mittel einander jagen und verdrängen und, ehe sie recht erprobt, vergessen werden, mag man es Ihle als ein verdienstliches Werk anrechnen, wenn er das alte, ehrwürdige Oesypus ans Tageslicht zieht und dauernd der Vergessenheit entreifsen will. Es scheint aber, dafs dasselbe nur von Naturforscherversammlung zu Naturforscherversammlung wie aus einem Reliquienkasten hervorgeholt und den Herren Dermatologen zum Anschauen vorgelegt wird. — Das Mittel aus dem Altertum verdient ein besseres Schicksal als seine zahlreichen, wie Pilze aus der Erde emporschiefsenden Brüder der Neuzeit. Das Oesypus leistet viel, und was die Hauptsache ist, es leistet schnell Gutes.

Ich glaube, Ihle hat auf dem Hallenser Kongresse bei der Empfehlung des Mittels zu viel Gewicht auf den Gebrauch des Oesypus allein gelegt. Ganz abgesehen davon, dafs weder der Anblick noch der Geruch sehr einladend sind, das Mittel ohne Zuthaten zu gebrauchen, wird man dem Oesypus für sich eine spezifische Wirkung nicht zuschreiben können. Es liegt auch nicht in meiner Absicht, zu beweisen, dafs die guten Resultate, welche ich seit 1½ Jahren in zahlreichen Fällen mit der Zinkoesypuspaste erzielt habe, lediglich auf das Oesypus zurückzuführen wären.

Ich möchte heute nur meine Erfahrungen mit dieser Zinkoesypus-

[1] Die Arbeit war zum Vortrag auf der Nürnberger Naturforscherversammlung bestimmt und wurde dort von Dr. Beckh im Auszuge mitgeteilt. Vgl. *diese Zeitschrift.* Bd. XVII. S. 407.

paste mitteilen und dieselbe zur Prüfung auf das angelegentlichste empfehlen. Die Paste ist folgendermafsen zusammengesetzt:

Zinci oxydati
Amyl. puri ää 4,0
Oesypi
Olei olivarum ää 3,0
Mf. Pasta.

Die Fettgrundlage, die aus einem Gemisch von Oesypus und gutem Olivenöl zu gleichen Teilen besteht, ist zum Streupulver in dem Verhältnisse von 3 : 4 verwandt.

Man kommt mit dieser Paste meistens aus, kann indessen, wo dies geeignet erscheint, auch Zusätze von Schwefel, Bismuth. subnitricum machen. Je nachdem man eine weichere oder festere Paste haben will, wird man mehr oder weniger Oesypus und Ol. olivar. ää als Fettgrundlage verwenden.

Die Paste ist sehr geschmeidig, verschmiert sich ausgezeichnet auf der Haut und verwischt sich nicht leicht. Sie wird nicht ranzig, hält sich durch Wochen und Monate in einfachen Holzschächtelchen frisch, reizt die Haut nicht im geringsten, verletzt weder den Gesichts- noch den Geruchssinn, und ist — ein nicht gering zu schätzender Vorzug — sehr billig. Mit Öl kann die Paste erweicht und, ohne dafs die Haut gereizt wird, entfernt werden.

Die Zinkoesypuspaste wirkt kühlend, beruhigend, juckstillend, austrocknend und vermag die Haut aseptisch gegen den Zutritt der äufseren Luft abzuschliefsen.

Mit diesen Wirkungen sind auch die Indikationen für die Anwendung der Paste gegeben.

Alle diejenigen akut wie chronisch entzündlichen Zustände der Haut, welche mit Röte, Jucken, Brennen, mit Nässen, Bläschen-, Pustel- und Borkenbildungen einhergehen, d. h. alle akuten, einfachen Erytheme, alle vesikulösen, pustulösen, impetiginösen Ekzeme, alle Akne- und furunkulösen Prozesse, insbesondere die kokkogene Sykosis werden nicht selten in geradezu staunenerregender Weise günstig beeinflufst. — Aus den zahlreichen Fällen, die wir mit der Paste behandelt und geheilt haben, greifen wir einige interessante heraus.

1. Fall von Acne necrotica. Der Arbeiter M. aus A. leidet seit mehreren Monaten an der Affektion. Neben zahlreichen, narbig vertieften, abgeheilten Stellen sieht man auf der Stirn, dem Nasenrücken, auf den Wangen gerötete, mit eitrig gelben Krusten und Borken bedeckte, infiltrierte Stellen. — Der Patient erhält eine mit Schwefel versetzte Zinkoesypuspaste, unter der die Röte und Infiltration nach wenigen Tagen verschwinden. Die Krusten und Borken trocknen ein und fallen ab oder lassen sich leicht mit der Hand abheben. Die zum Vorschein

kommende Haut ist narbig vertieft und vollständig heil. Um ein Recidiv zu verhindern, muſs der Patient noch längere Zeit hindurch eine weichere, einfache Zinkoesypuspaste gebrauchen.

2. Fall von Eccema varicosum mit Ulcus cruris. Die Patientin N. aus A. laboriert an ihrem Übel seit zehn Monaten. Der affizierte Unterschenkel ist elephantiastisch verdickt, an der Vorderfläche des mittleren Drittels stark gerötet, die Haut ist siebförmig durchlöchert und durch die zahlreichen, stecknadelkopfgroſsen Öffnungen nässend. Etwa in der Mitte der geröteten Partie sieht man ein 50-pfennigstückgroſses, flaches Geschwür. Das Bein verursacht der Frau Brennen und Schmerzen. Die Patientin konnte sich in der letzten Zeit nur mit Mühe fortbewegen.

Therapeutisch beabsichtigte ich das Bein unter Freilassen des Geschwürs einzuleimen und das Ulcus mit Borvaselin zu bedecken. Aber der zufälligerweise in nicht genügender Menge vorhandene Zinkleim reichte nur hin, um die unterhalb des Geschwürs affizierte, eczematöse Partie zu bedecken, und so entschloſs ich mich, den Rest unter Ausschluſs des Ulcus mit Zinkoesypuspaste zu belegen. Das Bein wurde bis zu der mit der Paste bestrichenen Partie verbunden. Die Frau fühlte augenblicklich eine wohlthuende Wirkung. Die Oesypuspaste wurde täglich aufgestrichen. Nach vier Tagen kam die Patientin wieder. Brennen und Schmerzhaftigkeit hatten aufgehört. Die Haut in der Umgebung des Geschwürs war stark abgeblaſst und an der mit der Zinkoesypuspaste belegten Partie nahezu heil. Nach Verlauf von acht Tagen seit Beginn der Behandlung war bis auf das sich stets verkleinernde Geschwür alles abgeheilt.

Die arme Patientin teilte mir voller Freude und Dankbarkeit mit, daſs sie seit Monaten zum ersten Male wieder die Kirche besuchen konnte.

3. Fall von Pruritus et Eccema ani. Der Arbeiter K. aus A. leidet seit Wochen an dem Übel. In den letzten Tagen ist das Jucken sehr intensiv geworden, und da die früher angewandten Mittel im Stiche gelassen haben, so konsultierte er mich wegen seines Leidens. Die örtliche Untersuchung ergiebt übelriechenden Schweiſs in der ganzen Aftergegend, zahlreiche Rhagaden, offene Geschwüre, eiternde, furunkulöse Knoten in der Umgebung des Afters und auf den Glutaei. Neben dem zeitweilig, namentlich in der Nacht auftretenden, heftigen Jucken besteht groſse Empfindlichkeit an den offenen, geröteten und infiltrierten Stellen.

Die Therapie bestand in einer gründlichen, desinficierenden Waschung der eiternden Partien, in kühlenden Umschlägen mit Bleiwasser, in Applikation der knotigen Infiltration mit Quecksilberpflaster. Einzelne Stellen wurden mit Zinkoesypuspaste bestrichen. Die letztere beförderte den Heilungsprozeſs am schnellsten, so daſs ich schlieſslich die ganze affizierte Partie mit Ausnahme der Afteröffnung mit Paste behandelte.

An die Afteröffnung wurde ein mit schwacher Karbollösung getränktes Wattebäuschchen gelegt. Der erreichte Erfolg war durch die zeitweilig noch auftretenden Juckparoxysmen in Frage gestellt. Ich verordnete zur Milderung derselben lokale Sitzbäder. Vor dem Bade wurde die Paste mit Öl erweicht und langsam weggewischt und nach dem Bade wieder von neuem appliziert. Nach Verlauf von drei Wochen war alles abgeheilt. Das Jucken hat zur Zeit vollständig aufgehört.

Wie in dem eben mitgeteilten Falle hat die Paste in zahlreichen anderen Fällen Rhagaden vorzüglich zur Abheilung gebracht.

Eins ist zu bemerken. Während im Beginn der Behandlung das Jucken durch die Paste gemildert wird, tritt im weiteren Verlaufe unter dem schnellen Heilungsprozesse zuweilen erneutes Jucken auf. Ist dasselbe nicht zu stark, wird man erwachsenen Patienten empfehlen, den Juckreiz zu überwinden und nicht zu kratzen; Kinder müssen durch Aufmerksamkeit der Umgebung am Kratzen gehindert werden. Gelingt es durch die Paste, die Heilung nur für wenige Tage vorwärts zu bringen, so hört das Jucken für immer auf. Ist dasselbe aber unerträglich, so mufs die Paste durch juckstillende Mafsnahmen unterstützt werden. —

Bei Verbrennungen ersten Grades, bei durch Medikamente hervorgerufenen artificiellen Erythemen und Ekzemen wird die Paste gute Dienste leisten.

Ferner hat dieselbe in den Folgezuständen der Skabies, überhaupt bei allen durch Kratzeffekte entstandenen Ekzemen ausgezeichnete Wirkung gethan. Hierfür möchte ich einen, auch in anderer Beziehung interessanten Fall von Ichthyosis anführen.

Der Patient ist ein achtjähriger Knabe, der seit seiner frühesten Kindheit eine rauhe Haut hat. Seit etwa zwei Jahren leidet er an asthmatischen Anfällen, die im Herbst und Winter häufiger und intensiver als in der wärmeren Jahreszeit auftreten. Zu der Rauhigkeit der Haut hat sich schon seit längerer Zeit Jucken hinzugesellt, das sich häufig gleichzeitig mit den asthmatischen Anfällen einstellt und so unerträglich wird, dafs der Knabe erst Erleichterung sowohl vom Asthma, wie vom Jucken fühlt, wenn er sich blutig gekratzt hat.

Bei der Untersuchung zeigt der Knabe ein ausgedehntes Ekzem auf den Beugeseiten beider Arme, am stärksten an den Ellenbogenbeugen, die wegen der schmerzhaften Rhagaden nicht völlig gestreckt werden können. Ekzematös sind ferner die Handgelenke und die Kniebeugen. Die Haut ist gerötet, stellenweise verdickt und zeigt zahlreiche empfindliche Rhagaden.

Mit der Zinkoesypuspaste wird das Ekzem relativ schnell beseitigt. Viel schwerer war es, den errungenen Erfolg dauernd festzuhalten, da die ichthyotische Haut und die mit derselben verbundenen Asthmaanfälle durch das Mittel nicht beeinflufst wurden.

Damit bin ich zu den Zuständen der Haut angelangt, bei welchen die Paste im Stiche läfst. Es sind dies vor allem die chronischen, trockenen, mit Schuppung und Hautverdickung einhergehenden Ekzeme, die Keratosen und Parakeratosen, unter denen ich die Psoriasis erwähne. Bei der letzteren leistet sie jedoch als interkurrente Salbe während der Chrysarobinbehandlung viel Gutes.

Noch eine Komposition möchte ich zur Beachtung empfehlen.

Die Zinkoesypuspaste giebt mit 20 %igem Resorcin eine brillante Schälpaste. Dieselbe wird vier Tage hintereinander früh und abends appliziert, ohne abzuwaschen. Am 5., 6., event. auch am 7. Tage wird Zinkichthyolsalbenmull aufgelegt, worauf sich die Haut in grofsen Fetzen mit der Pinzette abziehen läfst. Die zum Vorschein kommende, noch gerötete Haut beruhigt sich und blafst unter der einfachen Zinkoesypuspaste schnell ab, so dafs man nach einer Pause von zwei Tagen die Schälkur von neuem beginnen kann. Die von mir empfohlene Schälpaste ist, weil sie nur 20 %iges Resorcin verlangt, im Vergleich zu Unnas Resorcinschälpaste, die 50 %iges Resorcin enthält, wesentlich billiger, sie verwischt sich weniger leicht, und der Reduktionsprozefs bleibt auf diejenigen Stellen beschränkt, die geschält werden sollen.

Über die Sykosisfälle, die mit der Zinkoesypuspaste behandelt worden sind, kann ich mich kurz fassen. Sie sind alle, auch die hartnäckigsten, welche sich durch Jahre hingezogen hatten, in relativ kurzer Zeit geheilt worden. Dabei ist zu bemerken, dafs, während zahlreiche Haare im Beginn der Behandlung lose waren und mit Leichtigkeit sich epilieren liefsen, die Zahl der locker in den Follikeln sitzenden Haare gegen Ende der Behandlung sehr gering wurde. Man braucht bei der Behandlung der kokkogenen Sykosis mit Zinkoesypuspaste die Patienten mit der Epilation der Haare nicht lange zu quälen. Nur diejenigen, von welchen man annehmen kann, dafs sie vollständig vereitert sind, entferne man, die anderen lasse man ruhig sitzen. Die Epilation festsitzender Haare reizt die Haut und verzögert den Heilungsprozefs.

Alle mit der Sykosis im Zusammenhange stehenden sekundären Knoten, geschwollenen Drüsen heilen unter der Zinkoesypuspaste ab. Um Recidive zu verhindern, lasse ich, wo dies angängig ist, die Patienten mit Resorcinpaste schälen oder längere Zeit hindurch einfache Zinkoesypuspaste gebrauchen.

Fassen wir die Vorzüge der Zinkoesypuspaste noch einmal zusammen:

Haltbarkeit, Reizlosigkeit, Geschmeidigkeit, schnell aufsaugende und eintrocknende Wirkung, Billigkeit zeichnen die Zinkoesypuspaste vor allen anderen Pasten aus. Sie leistet Gutes und Vorzügliches bei folgenden Krankheiten:

1. Eccema acutum, subacutum, chronicum, primär und sekundär; namentlich

a) beim Eccema rubrum,
b) „ „ vesiculosum,
c) „ „ rhagadiforme,
d) „ „ pustulosum,
e) „ „ impetiginosum.

2. Sycosis non parasitaria, Folliculitis und Perifolliculitis.

3. Bei Acne und furunkulösen Prozessen.

4. Bei Verbrennungen und Erfrierungen ersten Grades.

5. Bei der Psoriasis, als interkurrente Salbe während der Chrysarobinbehandlung. — In Verbindung mit Resorcin

6. bei Acne vulgaris und Acne rosacea.

Das sind Indikationen genug, die es für wert erscheinen lassen, die Paste einer längeren Probe zu unterziehen. Selbstverständlich ist sie kein Wundermittel, das man den Patienten nur in die Hand zu drücken braucht, um Hautkrankheiten zu heilen. Sachverständige Auswahl der Fälle, Feststellung der richtigen Konsistenz der Paste, Konsequenz und Ausdauer in der Behandlung, ständige Beobachtung der Patienten sind auch hier geboten.

Hat man sich mit der Wirksamkeit der Zinkoesypuspaste erst vertraut gemacht, so wird man dieselbe ungern in seinem Medikamentenschatze vermissen.

Aus der Praxis.

Über Jodrubidium.

Von

Dr. Leo Leistikow-Hamburg.

Herr Dr. E. Erdmann in Halle a. S. übersandte Herrn Dr. Unna eine Quantität Jodrubidium. Derselbe übergab mir dieses neue Präparat, um damit einige therapeutische Versuche anzustellen, über welche ich hier kurz berichten will.

Jodrubidium ist ein dem Jodkalium ähnliches, an der Luft haltbares, geruchloses, bitterlich-salzig schmeckendes und in Wasser leicht lösliches Salz.

Zur Verwendung kam eine 5%ige wässrige Lösung. Ich liefs täglich davon drei Eßlöffel nehmen. Im ganzen kamen acht Patienten in Behandlung.

Fall 1. Frau S., 45 Jahre alt, leidet an zwei Ulcera specifica des harten Gaumens. Nach dreitägiger lokaler Ätzung mit 10%iger Chromsäure, wodurch eine Reinigung des Geschwürsgrundes erzielt wurde, innerliche Darreichung von Jodrubidium. Völlige Heilung nach 14 Tagen.

Fall 2. Herr M., 30 Jahre alt, leidet an einem Gumma im Sulcus retroglandularis. Heilung durch äufserliches Auflegen von Hg-Karbolguttaperchapflastermull und interne dreiwöchentliche Jodrubidiumbehandlung.

Fall 3. Frau A. I., 55 Jahre alt, leidet an einem umfangreichen, ulcerierenden Syphilid des rechten Unterschenkels. Nebenher bestehen Varicen. Äufserlich ZnO-Ichthyolleimverbaud, innerlich Jodrubidiummixtur. Heilung nach 14 Tagen.

Fall 4. Frau A. II., 40 Jahre alt, leidet an gummöser Periostitis des Stirnbeins. Nebenher besteht Insufficienz der Mitralis. Jodrubidium bewirkt Heilung nach 14 Tagen, ohne die Herzthätigkeit zu influieren.

Fall 5. Herr R., 20 Jahre alt, leidet an den ersten sekundären Allgemeinerscheinungen der Syphilis. Aufser Angina specifica und kleinpapulösen universellen Syphiliden bestehen äufserst vehemente Kopfschmerzen. Einleitung einer Schmierkur mit Sapo cinereus. Nach achttägiger Einreibung Schwinden der Sekundäreruptionen, jedoch Bestehenbleiben der Kopfschmerzen. Darreichung von Jodrubidium in doppelter Dosis drei Tage hindurch. Völliges Verschwinden der Kopfschmerzen.

Fall 6. Herr M., 30 Jahre alt, hat soeben eine Schmierkur wegen sekundärer Syphilis vollendet und wünscht, Jod zu nehmen. Nach zweitägiger Darreichung von Jodrubidium zwang uns ein heftiger Konjunktivalkatarrh und Rhinitis, das Mittel auszusetzen.

Fall 7. Herr J., 44 Jahre alt, leidet an akuter Polyarthritis auf gonorrhoischer Basis. Nach 14tägiger Anwendung von Jodrubidium trat völlige Heilung ein. Auftreten eines Jododerma pustulosum.

Fall 8. Herr M., 60 Jahre alt, leidet an Gumma der Zunge. Zunächst wird Jodkalium gegeben, welches eine wesentliche Schrumpfung bewirkt. Nach achttägiger Anwendung zwingt uns das Auftreten eines heftigen Katarrhs der oberen Atemwege, das Mittel auszusetzen. Hierauf Gebrauch der Jodrubidiummixtur. Es tritt Abnahme der katarrhalischen Symptome ein. Nach vierwöchentlicher Anwendung Heilung des Gumma.

Vor allem anderen sei darauf hingewiesen, dafs in dem einen Falle, in welchem neben der Syphilis eine Herzklappenerkrankung bestand, die Herzthätigkeit nicht im geringsten beeinflufst wurde. Die Rubidiumsalze überhaupt sind keine Herzgifte, wie die Kaliumsalze. Es empfiehlt sich deshalb, für die Folge in allen Fällen, in denen vom Jodkalium wegen Beeinflussung der Herzthätigkeit abzusehen ist, Jodrubidium anzuwenden Aus unseren kurzen Krankennotizen ist ferner ersichtlich, dafs auch bei dem Gebrauche von Jodrubidium die unangenehmen Nebenwirkungen des Jodkaliums, des Jododermas und die Schleimhautaffektionen nicht ausbleiben. Doch kann man andererseits, wenn heftige Jodreaktion nach Jodkaliumgebrauch auftritt, zum Jodrubidium schreiten, welches in denselben Fällen möglicherweise keine unangenehmen Nebenerscheinungen aufweist. Beschwerden von seiten des Magens habe ich in keinem Falle auftreten sehen. Der Geschmack ist nicht so unangenehm salzig, wie der des Jodkaliums.[1]

[1] Das Präparat ist von der chemischen Fabrik auf Actien vorm. E. Schering in Berlin zum Preise von ℳ 83.— pro Kilo zu beziehen.

Versammlungen.

Ärtzlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 15. Juni 1893.

Unna demonstriert einen Fall von **Ekthyma Vidal.** Bei dem 2½ Jahre alten, blühenden Knaben bildeten sich mit 1½ Jahren oberflächlich sitzende, an der Basis harte, entzündliche Pusteln, welche peripher sich etwa zu 5—10pfennigstückgrofsen, im Zentrum mit braunroten, festanhaftenden Borken bedeckten Efflorescenzen ausbreiteten; die braunrote Kruste von einer gelbweifsen eitrigen Krause umsäumt. Nach der Heilung markieren sich die erkrankt gewesenen Hautstellen durch pigmentierte Flecke, welche von mehr weniger augenfälligen, netzförmigen Narben durchzogen sind. Lokalisation: Unter- und Oberschenkel und Gluteal- und Steifsbeingegend. Zerstreut auch einzelne Efflorescenzen am Rumpf. Drüsen geschwollen. Impfungen, welche nach Vidal von 4—6 Tage alten Ekthymapusteln stets dieselben mit Narben ausheilenden Efflorescenzen ergeben sollten, blieben resultatlos. Patient hatte zahlreiche typische Ekthymapusteln; irgendeine andere Hautkrankheit bestand nicht. Therapie war bisher 1½ Jahr resultatlos geblieben. Unter täglichen Bädern mit darauf folgender Auftragung einer 10% Naphtolpaste führte in 4 Wochen zur Heilung.

Unna demonstriert ferner eine 40jährige Frau, welche zahlreiche unregelmäfsige **Ulcerationen eigentümlicher Entstehungsart** aufweist. Patientin will vor 1½ Jahren an Kopfrose erkrankt sein, welche mit totaler Alopecie endigte. Jetzt besteht eine ringförmige Ophiasis, welche Stirn, die Haut über dem Ohr und die Nackengegend befallen hat. Die Stirn ist elephantiastisch geschwollen; in den geschwollenen Partien tauchen plötzlich grofse rote oder blaurote Streifen auf, welche ebenso rasch wieder verschwinden; hier und da ebensolche weifse, anämische Flecke und Streifen, welche ebenfalls nach kurzem Bestande verschwinden. Auf der Körperhaut besteht Ichthyosis mit seidenpapierähnlicher Abschuppung. An den Knöcheln leichtes Ödem. Im Urin ist weder Zucker noch Eiweifs. An den Oberarmen, Oberschenkeln, an den Knien und Hinterbacken bestehen teils Geschwüre, teils Narben. Die Geschwüre entstehen in folgender Weise: Unter heftigen lokalen Schmerzen bilden sich Stränge und Plaques, welche sich im Verlauf weniger Stunden blau bis dunkelschwarz färben; diese blauschwarzen Partien werden nekrotisch und hinterlassen nach der Abstofsung die Geschwüre. Die Heilung der Geschwüre geht langsam vor sich. Nicht immer kommt es zur Nekrose; auch gleichsam abortiv verlaufende Plaques kommen vor: es entstehen unter heftigen Schmerzen sehr druckempfindliche Stellen, welche wieder unter leichter Abschuppung verschwinden. Schleimhäute bieten keinerlei Abnormitäten dar. Appetit und Schlaf gut. An den Stellen, wo Geschwüre und Narben bestehen, bildet sich ein Netzwerk bläulich-livider Streifen. Ein Analogon dieser merkwürdigen Hautkrankheit ist Unna nicht bekannt.

Sitzung vom 27. Juni 1893.

Unna demonstriert einen Patienten mit **Xeroderma pigmentosa**, welcher der bekannten, aus 13 Gliedern bestehenden holsteinischen Familie entstammt, von denen die 7 Knaben sämtlich von dieser Krankheit befallen wurden, während die 6 Mädchen vollkommen gesund sind. Patient bietet im Gesicht und an den Händen und Vorderarmen das typische Bild der X. p. dar: Pigmentationen, Teleangiektasien, weifsglänzende

Hautatrophien. Das linke Ohr wurde wegen Carcinoms entfernt. Im Gesicht bilden sich einige neue Carcinomknoten.

Unna knüpft an die Vorstellung einige allgemeine Bemerkungen über Carcinom.

Das **Carcinom der Seemannshaut** hat ebenfalls eine typische Vorgeschichte: Es handelt sich um Personen, welche durch die Seeluft und Besonnung eine cyanotische, mit sommersprossenähnlichen Pigmentanomalien durchsetzte Haut haben. Auf den der Luft ausgesetzten Hautpartien, Gesicht und Hände, kommt es dann zur Hyperkeratose: die Haut schuppt ab; oft harte, haarscharfe Hornkegel auf der Haut von gelblicher Farbe, geschmolzenen Harzstückchen ähnlich. Die Hornkegel breiten sich dann flächenhaft aus, werden warzenförmig, zerklüften sich und zerfallen in flache Krebsgeschwüre. Schleichender Verlauf des Prozesses.

Das **Ulcus rodens** hat ebenfalls einen typischen Verlauf: Beginn in der Umgebung der Augenlider als kleines derbes, in der Haut liegendes Knötchen, dessen Zentrum einsinkt. Der Rand des Knötchens scharf gegen die normale Haut abgesetzt, feine glänzende Leisten bildend, meist von Hautfarbe, öfters perlmutterglänzend. Durch zentralen Zerfall entsteht ein Ulcus, welches nun langsam fortschreitet, sowohl nach der Peripherie hin wie nach der Tiefe. Nach 10—30jährigem Bestand kommt es zur Zerstörung der Lider, des Bulbus, der Knochen, der Sinus, es entstehen in Augen-, Nasen-, Stirngegend bedeutende Substanzverluste, welche sehr lange ertragen werden.

Ebenso haben Pagets Disease, der Schornsteinfeger- und Paraffinkrebs, ihre bestimmte Vorgeschichte und ihre bestimmte Lokalisation.

Neebe-Hamburg.

Verhandlungen des 4. Kongresses russischer Ärzte.

Sektion für Dermatologie und Syphilis.

(*Dtsch. Med.-Ztg.* 1892. No. 54.)

Über **Gehirnsyphilis und deren Beziehung zu Erkrankungen des Nervensystems.** Tarnowski meint, es würde der Syphilis viel zu viel in die Schuhe geschoben, Tabes und progressive Paralyse beruhe nie auf luetischer Basis. Sei bei diesen Erkrankungen Syphilis vorhanden, so müsse man sie wohl behandeln, doch könne man dadurch die Tabes und progressive Paralyse verschlimmern. Alkoholismus und Prädisposition spielen die Hauptrolle bei Lokalisation der Syphilis im Gehirn.

Petersen referiert über **Versorgung der Leprösen.** Er ist für Isolierung, Hospitäler für die schweren Fälle, Asyle oder Kolonien für die leichteren; da Lepra infektiös sei, könne man nur so eine Abnahme der Seuche erwarten. Die Versammlung beschliefst in diesem Sinne, dafs die Errichtung von Leproserien wünschenswert sei.

Über **Psorospermose der Haut, Fibroma molluscum und Pagetsche Krankheit** berichtet Mansurow, der einen einschlägigen Fall im Gesichte eines jungen Mannes beobachtete: die drei Erkrankungen fallen ätiologisch nach seiner Meinung zusammen.

Über **Syphilisinfektion der Säuglinge durch Ammen und umgekehrt.** Die zum Bericht über diesen Punkt niedergesetzte Kommission referiert: Infektionen kommen in russischen Findelhäusern zahlreich vor; daher sollten gesunde Ammen nur gesunde Kinder ernähren, im übrigen sollte künstliche Ernährung mit dem Soxhlet eingeführt werden.

Zur **Therapie der Urethritis anterior** empfiehlt Lanz im Anfang nur eine halbe Spritze zu injicieren, während die Erkrankung nur im vorderen Teil sitzt

dahinter den Penis zu komprimieren; Petersen schlägt in diesem Stadium Pinselungen der Fossa navicularis mit Pyoktanin vor.

Schlepotjew demonstriert einen Fall von **Lupus des Gesichts und des linken Oberschenkels.** *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologische Gesellschaft in New York.

223. Sitzung.

Vorsitzender: G. T. Elliot.

Dr. Fox stellt einen **Fall von Kolloidmilium** vor, der manche Ähnlichkeit mit Lupus hat, auch papulösen Syphiliden nicht unähnlich ist. Gegen Lupus spricht die Lokalisation und das spontane Verschwinden. Für die Annahme von Syphilis liegen keine Anhaltspunkte vor.

Dr. Elliot hält den Fall für einen Lupus disseminatus.

Dr. Robinson stellt einen **Fall zur Diagnose** vor.

Derselbe betrifft ein 10jähriges Mädchen, das stets gesund war und von ganz gesunden Eltern stammte. Die Affektion begann ganz plötzlich vor 3½ Jahren und veränderte sich seitdem weder in ihrem Charakter noch in ihrer Ausdehnung. Sie hat niemals Jucken verursacht, noch war sie von irgend einer Exsudation, sei es eitriger oder seröser, begleitet. Das Allgemeinbefinden war gar nicht gestört. Die Affektion besteht in einem etwa 7 Zoll langen, ½ Zoll breiten Streifen, der oberhalb der Kniekehle des linken Beines beginnt und unterhalb derselben in einer leicht gekrümmten Linie nach innen und unten über die Kniekehle sich hinwegsetzt und am unteren Ende sich ein wenig verbreiternd endigt. Der Streifen sieht einer heilenden Kratzwunde oder einem falschen Keloid ähnlich. Bei näherer Besichtigung bemerkt man, dafs der Streifen aus stecknadelkopf- bis erbsengrofsen, scharf begrenzten, schwach erhabenen, hellrötlichen Efflorescenzen sich zusammensetzt.

Morrow, Fordyce, Bulkley, Fox möchten den Fall für einen Lichen planus (!) resp. Lichen moniliformis ansprechen, während Sherwell, Klotz, Elliot angesichts der scharf begrenzten Lokalisation, der langen Dauer, des Fehlens jeglichen Juckreizes, der mangelnden Tendenz, sich auszudehnen und andere Stellen zu ergreifen, den Fall für einen Naevus unius lateris ansehen. Robinson neigt mehr zur Diagnose Lichen planus. (Warum, Dr. Robinson? Ref.)

Dr. Fordyce stellt einen **Fall von Erythema multiforme universale** und

Dr. Bulkley **zwei Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis der Hand** vor.

In der Diskussion bemerkt unter anderem Fox, dafs in solchen Fällen, wie die zuletzt vorgestellten, Unnas Behandlung mit Salicyl-Kreosotpflaster (10 : 20) nach Auskratzung mit dem scharfen Löffel vorzügliches geleistet hat.

Dr. Morrow stellt eine Frau mit einer Affektion auf dem Kopfe vor, bei der die Diagnose **Lupus erythematosus oder Syphilis** zweifelhaft sein könnte. Die Frau zeigte auch Leukoplakie im Munde und einige Exkoriationen, welche unter antimerkurieller Behandlung ebenso wie die Infiltrationen auf der Kopfhaut zurückgingen. Gleichwohl neigt Morrow mit der Mehrzahl der anwesenden Ärzte zur Diagnose Lupus erythematosus.

Dr. Piffard: **Beitrag zur Histologie der Psoriasis.**

In der Diskussion drückt Dr. Bronson sein Erstaunen darüber aus, dafs Piffard das Stratum granulosum eine solche wichtige Rolle bei der Psoriasis spielen läfst.

Dr. Fordyce glaubt nicht, dafs die Proliferation des Stratum granulosum gerade der Psoriasis eigentümlich sei; er habe sie auch bei anderen chronischen Krankheiten, beispielsweise beim Lichen planus beobachtet. Er halte es auch nicht für wahrschein-

lich, dafs der aktive Prozefs der Psoriasis im Stratum granulosum beginne, sondern eher in den Blutgefäfsen der Papillenschicht.

Dr. Robinson hat Präparate sowohl von akuten, wie von vielen chronischen Fällen gesehen, ohne das Verschwinden des Stratum granulosum, wie es Piffard erwähnte, wahrgenommen zu haben. Er habe wesentliche Veränderungen im Rete beobachtet; die Veränderungen im Stratum granulosum seien mehr sekundärer Natur.

Dr. Elliot möchte im Gegensatz zu Robinson die ersten Veränderungen bei Psoriasis in die Cutis und nicht in das Rete verlegen. Er freue sich über Piffards Mitteilungen, die ihn veranlassen werden, in Zukunft dem Stratum granulosum mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Dr. Piffard bemerkt, dafs er die Veränderungen im Stratum granulosum nicht als ausschliefslich der Psoriasis eigentümlich annehme. Mit seinen Mitteilungen beabsichtige er einmal, die Aufmerksamkeit auf das Stratum granulosum und seine Veränderungen zu lenken, und zweitens die Frage bezüglich der Behandlung solch chronischer, mit starker Infiltration einhergehender Fälle anzuregen.

An Piffards Vortrag mit Diskussion schliefsen sich Berichte über bereits in der vorigen Sitzung vorgestellte Fälle an. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Dermatologische Zeitschrift.

Herausgegeben von Dr. O. Lassar. Band I. Heft 1. 1894.

I. **Über den Stand und die Ziele der Dermatologie.** Von O. Lassar.

Seitdem die Hautkrankheiten Gegenstand eingehender, auf die Diagnose, Ätiologie, pathologische Anatomie gerichteter Studien geworden sind, hat die Dermatologie ein stets wachsendes Interesse in weiteren ärztlichen Kreisen wachgerufen und als ausgezeichnetes Bildungsmittel von hoher Bedeutung sich erwiesen.

Wenn auch im allgemeinen die diagnostisch-klinische Kenntnis der Hautkrankheiten als abgeschlossen angesehen werden kann, so harren doch viele Fragen, welche namentlich die pathologische Anatomie und die Ätiologie einzelner Hautaffektionen betreffen, ihrer endgültigen Lösung.

Hierhin gehört die Psorospermosenfrage. Die Mycosis fungoides hat in ihrer Stellung zwischen entzündlicher Neubildung und echten Tumoren Anlafs zu zahlreichen, aber noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen gegeben.

Der Pemphigus, die Beziehungen zwischen Keratohyalin und Pigment, die Bildung des Pigments aus der Kernsubstanz, die Physiologie der Schweifs- und Talgsekretion und die Rolle der Karyokinese dabei, die Bedeutung der pathogenen Bakterien für die Entstehung der Hautkrankheiten und viele andere, vom Verfasser in lichtvoller Weise gewürdigten Fragen bieten dem forschenden und studierenden Dermatologen ein weites Bearbeitungsfeld.

Was die Ätiologie betrifft, so sind wir nur bei vereinzelten Krankheiten im unklaren, wo dieselben nach ihrer Entstehungsart unterzubringen sind. In dieser Beziehung harren noch die Gewerbeekzeme, die Arzneiexantheme, die Dermatomykosen und Infektionen, die angeborenen Bildungsanomalien und die Geschwülste, die vom Nervensystem abhängigen Störungen in der Sekretion, die Schwunderscheinungen und die abnormen Anhäufungen von Pigment u. a. einer definitiven Klarstellung. Je weiter wir in der Erkenntnis der Ursachen gekommen sind, desto mehr zeigt es sich, dafs idiopathisch im eigentlichen Sinne überhaupt kein Organ

erkrankt, dafs vielfach die Ursache in reinen, leicht übersehbaren Zufälligkeiten liegt, die unserer Beobachtung längere Zeit entgehen. So entsteht beispielsweise die Pityriasis rosea häufig durch Tragen von wollenen und baumwollenen Stoffen, wenn dieselben, längere Zeit ungewaschen geblieben, mit dem erhitzten Körper in unmittelbaren Kontakt kommen. Dasselbe gilt von der Pityriasis versicolor, welche man gern mit der Tuberkulose in Zusammenhang brachte, die sich jedoch aus der den Phthisikern meist verordneten Wollbekleidung erklärt. Wahrscheinlich wird man auch für die Psoriasis eine ähnliche Entstehungsursache finden.

Das Endziel für alle angewandte medizinische Wissenschaft, so auch für die Dermatologie und die ihr verwandten Fächer liegt stets in der Therapie. Verfasser unterzieht dieselbe einer anregenden Betrachtung und zeigt, was in den letzten Jahrzehnten die Therapie geleistet, und was sie in Zukunft noch zu leisten hat.

II. **Zur Pathogenese der Pemphigusblasen.** Von E. Kromayer-Halle.

Gestützt auf die Erfahrung, dafs die Epithelien unmittelbar unter dem Stratum granulosum gegen Verdauungsflüssigkeit am wenigsten widerstandsfähig sind, und dafs gerade an dieser Stelle, an welcher gewöhnlich auch die Hautblasen zu entstehen pflegen, am ehesten das Protoplasma durch Säurepepsin vernichtet wird, hat Verfasser an Stelle des Säurepepsins den Inhalt von Pemphigusblasen direkt auf die Epithelien und die Epidermis einwirken lassen, um zu untersuchen, ob die chemische Beschaffenheit des Blaseninhaltes selbst für das rasche Entstehen der Pemphigusblasen verantwortlich zu machen wäre.

Das Resultat dieser Untersuchungen war, dafs der Pemphigusblaseninhalt das kollagene Gewebe der Cutis aufzuquellen und den Zusammenhang desselben mit der Epidermis wohl zu lockern, aber nicht die Epithelzellen durch Verdauung zu vernichten im stande ist. Die Pemphigusflüssigkeit wirkt also nicht im Sinne einer Verdauung, sondern einer Maceration. Ob die Pemphigusblase infolge dieser macerierenden Wirkung durch Abhebung der Epidermis von der Cutis entsteht, vermochte K. nicht nachzuweisen, weil das nötige Untersuchungsobjekt von den Patienten nicht zu erlangen war.

III. **Das Angiokeratom.** Von Max Joseph-Berlin.

Breda in Padua hat den ersten authentischen Fall der Krankheit, wenn auch unter einem anderen Namen, beschrieben, während Mibelli als erster das Krankheitsbild präciser fafste, der Affektion eine bestimmte Stellung anwies und ihr die Bezeichnung Angiokeratom beilegte. Seitdem haben verschiedene Autoren zumeist des Auslandes derartige Fälle genau beschrieben. Verfasser teilt das Wesentlichste aus der diesbezüglichen Litteratur mit und giebt sodann die Krankengeschichte von sechs Fällen aus der eigenen poliklinischen Praxis.

Das klinische Krankheitsbild, das sich in allen 6 Fällen mit der von Mibelli gegebenen Schilderung fast vollkommen deckte, fafst J. dahin zusammen: Das Angiokeratom ist eine chronische Hautkrankheit, welche vorzugsweise Hände und Füfse, häufiger die ersteren, und zwar mehr die Dorsal- als die Volarflächen befällt. Jahrelang vorher leiden die Patienten an Frostbeulen. Sodann beginnt das makulöse Stadium, ausgezeichnet durch anfangs vereinzelt, später zahlreich auftretende kleine rosenrote Flecke, in deren Tiefe man einen purpurroten Punkt bemerkt. Nach längerer Zeit beginnt sich über diesen Flecken die Haut zu runzeln, trocken und verdickt zu werden. Sie erhebt sich immer steiler über das Niveau der benachbarten Teile und nimmt die Gestalt einer gewöhnlichen stecknadelkopf- bis linsengrofsen Warze an. Die Spitze derselben ist derartig transparent, dafs man die kleinen Blutpunkte in der Tiefe deutlich sehen kann. Diese für die Affektion charakteristische warzige Efflorescenz nennt man Angiokeratom.

Im folgenden bespricht Verfasser den mikroskopischen Befund. Derselbe stimmt im wesentlichen mit den von Mibelli und Pringle mitgeteilten Befunden überein.

Die Frage, ob die Entwickelung der Angiokeratome in ursächlichem Zusammenhang mit den vorangegangenen Frostbeulen stehe, bejaht Verfasser, da er wiederholentlich feststellen konnte, dafs sich nur dort Tumoren entwickelten, wo Frostbeulen vorher bestanden hatten. Wahrscheinlich spielen noch andere ursächliche Momente mit, da ja viele Leute jeden Winter an Frostbeulen leiden, ohne Angiokeratome zu bekommen.

Verfasser zieht bei der Besprechung der pathologischen Anatomie der Tumoren die diesbezügliche Litteratur vergleichsweise heran.

Die Therapie bestand im Kauterisieren der Warzen mit dem Unnaschen, von Buzzi modifizierten Mikrobrenner. Für die gröfseren warzenartigen Angiokeratome empfiehlt sich meistens die Excision mit der Schere.

IV. **Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien.** Von P. G. Unna.

Verfasser glaubt, dafs es für die Kenntnis einer Reihe von Epithelerkrankungen ersprieſslicher gewesen wäre, wenn der zooparasitären Erforschung derselben ein eingehendes Studium der hyalinen Degenerationen der Epithelien bei verschiedenen Hautkrankheiten vorausgegangen wäre. Denn die eigentümlichen, vielfach bizarren Formen der hyalin degenerierten Epithelien zeigen grofse Ähnlichkeit mit gewissen Zuständen niederer tierischer Schmarotzer und haben häufig zu Verwechselungen mit denselben und zu irrtümlichen Deutungen Anlafs gegeben.

Zum Studium der hyalinen Degeneration dienten Verfasser zwei vegetierende Krebse, ein papillärer, auf dem Boden der Seemannshaut entstandener und ein grobretikulärer, gewöhnlicher Krebs der Gesichtshaut.

Vollkommen hyalin degenerierte Epithelien sehen homogen, glänzend, bald mehr wachs-, bald mehr glasartig durchscheinend aus, sind von rundlicher Form und besitzen die Eigenschaft, die meisten basischen Farbstoffe nur wenig, dagegen saure (in Ehrlichs Sinne) stark in sich aufzuspeichern. Zum Studium derselben empfehlen sich besonders Säurefuchsin, Eosin und Orcein, welche die hyaline Substanz stark anfärben und gegenüber den Kern- und Protoplasmafärbemitteln sehr gute Kontraste liefern.

Will man eine rasche Übersicht über die Verteilung und die Formen des hyalinen Materials innerhalb des Epithelgewebes erhalten, so wird das Gewebe in Alkohol gehärtet, die Schnitte dann einige Stunden bis eine ganze Nacht sehr stark in 1%iger wässriger Lösung von Säurefuchsin gefärbt, zur Entfärbung des Protoplasmas der Epithelien für kurze Zeit in eine 1%ige spirituöse Prikrinsäurelösung gebracht, in welcher die Schnitte entwässert werden und gleichzeitig die hyalinen Perlen als leuchtend rote Punkte mikroskopisch hervortreten. Nach kurzer Behandlung mit absolutem Alkohol und Xylol werden die Schnitte in Balsam eingeschlossen.

Bei stärkerer Vergröfserung fand Verfasser 9 verschiedene, elementare Typen des epithelialen Hyalins, die alle dieselbe fuchsinrote Farbenreaktion zeigten.

Diese Typen werden in folgender Übersicht zusammengestellt:

A. Diffuse hyaline Infiltration,

partiell oder total ..... Typus I.

B. Geformte hyaline Bildungen.

a. intracelluläre

1. Rundliche Ballen mit Kern im Zentrum ..... Typus II.
2. Längliche Ballen, gestielt, mit Kern im Innern..... Typus III.

3. Rundliche Ballen neben dem Kern ..... Typus IV.
4. Längliche Ballen, gestielt, neben dem Kern ..... Typus V.

b. extracelluläre

5. Stiele und Ranken ..... Typus VI.

c. celluläre

6. Blasen und Schollen mit Kern ..... Typus VII.
7. Blasen und Schollen mit Kern und Stiel ..... Typus VIII.
8. Doppelblasen ..... Typus IX.

Aufser diesen 9 elementaren Typen sieht man frei zwischen den Epithelien und ohne Zusammenhang mit diesen in den intercellularen Saftspalten, selten einzeln, meistens in Gruppen zusammenliegende, verschieden grofse hyaline Kuppeln, die niemals Kerneinschlüsse oder irgend welche Fortsätze aufweisen. Verfasser hält es nicht für wahrscheinlich, dafs diese Kugeln von Leukocyten oder von Epithelien herstammen. Er deutet dieselben vielmehr als ebensolche frei in den Lymph- oder Blutbahnen befindliche hyaline Kugeln, wie sie bei fast allen infektiösen Prozessen vorkommen.

Im Gegensatze zu diesen sind die 9 elementaren Typen epitheliale Abkömmlinge. Diese Abstammung wird bewiesen entweder durch ihre Lagerung im Innern der Epithelien, in der Leibessubstanz oder Kernhöhle oder durch ihren kontinuierlichen Zusammenhang mit Epithelien durch den Stachel-, resp. Fadenapparat der letzteren. Verfasser bespricht die einzelnen Typen, ihre Färbung, ihre Deutung ausführlich. Unter denselben sind es namentlich die hyalinen Blasen mit Kerneinschlufs, die mit hyalinen Klumpen neben den Kernen, und die hyalinen Blasen mit doppelter Wandung, welche gewissen tierischen Schmarotzern in eingekapseltem Zustande ähnlich sehen. Wer sich jedoch von der einfach degenerativen Natur der Typen überzeugen will, dem rät der Verfasser, nur an geeigneten Carcinomen die beschriebenen Färbungen durchzumachen und besonders auf die Fortsetzungen des Hyalins entlang der Fasernsysteme des Epithels zu achten.

V. **Doppelseitiger Naevus verrucosus (Nervennävus).** Von E. Saalfeld-Berlin.

Der Fall betrifft einen 1½jährigen Knaben, der von einer gesunden Mutter, einem phthisischen Vater abstammt, sonst aber, wie es scheint, nervös nicht belastet ist. Die Hautaffektion wurde 8 Tage nach der Geburt des Kindes beim Baden bemerkt. Dieselbe zeigte sich anfangs nur andeutungsweise am Halse, auf der Brust und den Armen, setzte sich später auf die unteren Teile des Körpers fort und gewann allmählich eine Ausdehnung, wie man sie selten bei Nävis beobachtet. Charakterisiert ist die Affektion einmal durch Pigmentierung der Haut und durch mehr oder weniger stark pigmentierte warzige Exkrescenzen.

Verfasser beschreibt beide Körperhälften ausführlich, soweit dieselben von der Affektion befallen sind, erörtert dann die Frage, welche Hautnerven dem Ausbreitungsgebiete der Neubildung entsprechen, resp. ob es überhaupt möglich ist, an allen Stellen einen kongruenten Verlauf nachzuweisen. Ohne für andere Fälle einen innigeren Zusammenhang der Hautaffektion mit den Nerven in Abrede zu stellen, glaubt Verfasser, dafs in dem vorliegenden Falle ein solcher Zusammenhang nicht bestehe, dafs vielmehr die Anordnung der Warzen mit Ausnahme derjenigen an der Radialseite des linken Armes überall ziemlich genau den Spaltbarkeitsrichtungen der Haut entspreche.

Die Excision eines Hautstückes zur histologischen Untersuchung oder eine photographische Aufnahme des Kindes gestatteten die Angehörigen desselben nicht.

VI. **Über traumatische Epithelcysten der Finger.** Von Prof. C. Garre-Tübingen.

Verfasser beschreibt zwei derartige Fälle. Der eine betrifft einen 45jährigen Professor, der sich bei einer Operation eine kleine Stichwunde an der Spitze des 3. Fingers der linken Hand beibrachte. Die Wunde heilte schnell ab, die Stelle blieb aber etwas druckempfindlich. Nach wenigen Wochen hatte sich in der Haut der Fingerkuppe eine hanfkorngroſse Verhärtung gebildet. Das Geschwülstchen wurde mit einer Nadel aus der Haut herausgehoben. Dasselbe stellte eine kugelrunde, mattweiſse Perle dar.

Die mikroskopische Untersuchung an Serienschnitten ergab, daſs der ganze Tumor fast ausschlieſslich aus verhornten Epithelien ohne deutliche Kernzeichnung besteht. Auch an der Peripherie fehlten die Retezellen. Die Epithelien sind in zwiebelschalenförmigen Lagen spiralig aufgerollt. Das Innere der Epithelperle besteht teils aus zapfenartigen Schichtungen oder aus ungeordneten, lockeren Epithelmassen.

Aus seinen eigenen und aus den bisher veröffentlichten Fällen giebt Verfasser von der Affektion folgendes Krankheitsbild: Die Epithelcysten der Finger haben die gröſste Ähnlichkeit mit Atheromen. Es sind glatte rundliche oder ovale Geschwülstchen, bedeckt mit verschieblicher Haut, die an einer Stelle eine dem Tumor adhärente feine Narbe zeigt. Bei den gröſseren Geschwülsten ist die Haut vorgebuchtet und bei Handarbeitern schwielig verdickt. Verfasser bespricht an der Hand der Litteratur die Ätiologie, für die meistens ein Trauma angenommen werden muſs.

Was die Therapie betrifft, so wird ein dauernder Erfolg nur von der Exstierpation unter gründlicher Beseitigung aller proliferationsfähigen Retezellen zu erwarten sein.

VII. **Über Tuberkulose des Unterhautzellgewebes.** Von E. Wermann-Dresden.

Bei der 52jährigen, kräftigen, im allgemeinen sonst gesunden Frau begann die jetzige Affektion vor ca. 2 Jahren mit einer Anschwellung und Verdickung des Kinnes, über welchem die Haut allmählich gespannt und unverschieblich wurde und eine rötliche, bisweilen bläulich rote Färbung annahm. Nachdem die Anschwellung eine gewisse Gröſse erlangt hatte, machten sich in der Tiefe der Haut teils umschriebene, teils mehr zusammenhängende knötchenförmige Verhärtungen bemerkbar. Schmerzen waren nicht vorhanden. Die Anschwellung nahm nicht mehr zu.

Die mikroskopische Untersuchung ergab an der Grenze zwischen Cutis und Unterhautzellgewebe, unterhalb der Schweiſsdrüsenknäuel und der Haarpapillen im lockeren Zell- und Fettgewebe zahlreiche rundliche, teils abgegrenzte, teils zusammenhängende typische Tuberkelherde mit einem auſserordentlichen Reichtum an Riesenzellen, epitheloiden und Rundzellen, welche in den Maschen eines deutlich hervortretenden, sehr zellenreichen bindegewebigen Netzwerkes liegen. Stellenweise erscheint das Gewebe in eine strukturlose Masse umgewandelt und bietet das Bild der Verkäsung dar. Die Cutis ist vollständig frei von der tuberkulösen Erkrankung. Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden.

Da, wie es schien, die kariösen Schneidezähne in irgend einer ursächlichen Beziehung zur Krankheit standen, so wurden dieselben extrahiert, die erkrankten Partien am Kinne und an der rechten Unterkinngegend mit Injektionen von Jodoformemulsion behandelt. Der Zustand besserte sich ganz auffallend.

Verfasser bespricht die pathologische Anatomie und die Differentialdiagnose unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur.

VIII. **Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kreosots.** Von L. Friedheim-Leipzig.

Verfasser hat an einer Anzahl von Kaninchen und Meerschweinchen experimentell

die toxischen Eigentümlichkeiten, sowie die antituberkulöse Kraft des Kreosots geprüft. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dafs eine grofse Gruppe von Tieren mit ansteigenden Dosen von Kreosot bis zum Vergiftungstode geimpft wurde, während eine andere grofse Gruppe mit Tuberkelbacillenkultur inficiert und gleichfalls der Kreosotwirkung ausgesetzt wurden. Zur Injektion wurde karbolsäurefreies Buchenholzteerkreosot 1—10:100 Olivenöl in bestimmten Mengen verwendet. Die Impfung geschah subkutan unter Beobachtung strengster Antisepsis und aller Vorsichtsmafsregeln, um Irrtümer zu vermeiden.

Verfasser teilt ausführlich die Resultate der Versuche und den Sektionsbefund bei denjenigen Tieren mit, welche der Kreosotbehandlung unterlegen waren.

Die Vergiftungssymptome zeigten teils einen rein entzündlichen, teils nekrotisierenden, teils hämorrhagischen Charakter. Nach einer gewissen Intensität der Kreosotbehandlung trat regelmäfsig toxische, parenchymatöse Nephritis auf.

Von den mit Kreosot vorbehandelten und hierauf mit Tuberkelbacillenreinkultur geimpften Tieren zeigten einzelne trotz der Kreosotbehandlung eine typische Tuberkulose der Lunge, der Leber, der Milz, des Darmes, des Zwergfelles und des Peritoneums.

An der Injektionsstelle der Bauchhaut entstand ein typisches, tuberkulöses Hautgeschwür, das ein bacillenhaltiges Sekret absonderte.

Die Tierversuche des Verfassers haben bezüglich der antituberkulösen Kraft des Kreosot ein negatives Resultat ergeben. Verfasser bespricht im folgenden ausführlich die Wirkung des Kreosots beim Menschen.

Zweifellos ist dem Kreosot eine antibakterielle Kraft eigentümlich. Es ist That sache, dafs Kreosot in zahlreichen Fällen von Phthisis pulmonum eine segensreiche Wirkung entfaltet hat. Ferner steht fest, dafs der Lupus vulgaris mit internen Gaben von Kreosot und bei der lokalen Behandlung mit Kreosotpflastermull günstig beeinflufst wird.

IX. **Über die Behandlung des Lupus mit Tuberkulin.** Von H. Kossel-Berlin.

Es kommt bei der Tuberkulinbehandlung nach dem Postulat von Koch darauf an, lebendes tuberkulöses Gewebe durch das Tuberkulin zum Absterben zu bringen und das abgestorbene resp. tote Gewebe auf operativem Wege zu entfernen. Es eignen sich also für diese kombinierte Behandlung hauptsächlich solche Fälle von tuberkulösen Affektionen, die chirurgischen Eingriffen zugänglich sind. Im Institute für Infektionskrankheiten wurden Versuche in dieser Richtung angestellt. Ehe Verfasser die Resultate derselben mitteilt, beschreibt er 2 Fälle tuberkulöser Hautaffektionen, die unter ausschliefslicher Behandlung mit Tuberkulin dauernd — (seit 2½ Jahren kein Recidiv) — geheilt worden sind.

Verfasser hat auch Versuche mit Hebras Thiosinamin und mit Horbaczewskis Nuklein gemacht. Keins der beiden Mittel konnte eine der Tuberkulinwirkung auch nur ähnliche Reaktion erzielen. Dies gilt insbesondere von der Anwendung der Mittel zu differentiell diagnostischen Zwecken. Hier hat sich gerade das Tuberkulin sehr zuverlässig erwiesen. Verfasser beschreibt einen prägnanten Fall hierfür und teilt dann die Methode mit, die bei der Behandlung von Lupuspatienten im Institute für Infektionskrankheiten in Anwendung kam.

Zuerst wurden antibakteriell wirkende Substanzen, wie Unguentum cinereum mit Vaselin gemischt, oder Kalomel als Streupulver oder mit Borsäure verrieben auf die afficierten Stellen appliciert. Am besten bewährte sich Unguentum praecipitatum rubrum. Die Borken lösten sich nach Anwendung der Salben schnell ab und hinterliefsen eine ulcerierende Fläche, aus welcher die Abstofsung des durch das Tuberkulin zur Nekrose gebrachten Gewebes leicht bewerkstelligt wurde.

In anderen Fällen wurde eine gesättigte Lösung von Kampher in Äther mit einem Pinsel auf die erkrankten Hautstellen aufgetragen. Nach Verdunstung des Äthers bleibt der Kampher in sehr feiner Verteilung auf der Haut liegen und kann so seine bakterienwidrigen Eigenschaften äufsern. Auch Schwefelpräparate, ferner Umschläge mit 3 %iger Kalium chloricum-Lösung kommen in Anwendung. Diese Mittel wirkten dort gut, wo durch Zerfall der oberflächlichen Hautschichten Geschwürsflächen gebildet waren. Dagegen erwiesen sich bei serpiginös fortschreitenden Lupusformen die in den Rändern unter der Haut gelegenen Knötchen bei der Behandlung mit Tuberkulin am hartnäckigsten. In solchen Fällen wurden die Knötchen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt oder mit rauchender Salpetersäure oder Höllenstein geätzt oder mit dem Paquelin zerstört. Auf dieser Weise wurden gewissermafsen die hypertrophischen Formen in ulcerierende verwandelt und damit die Ausstofsung des durch die fortgesetzte Tuberkulinbehandlung zur Nekrose gebrachten Gewebes gefördert.

Für den Erfolg der Tuberkulinkur ist die Wahl der Dosis von grofser Bedeutung. Am besten beginnt man mit möglichst kleinen Dosen (0,1—0,5 mgr.) und sucht mit diesen möglichst lange Zeit hindurch Reaktionen zu erzielen; allmählich steigt man dann an bis zur Enddosis von 0,1 gr.

Nach dieser Methode ist es gelungen, Lupusfälle zu heilen, die lange Zeit vorher den verschiedensten Mitteln und auch chirurgischen Eingriffen hartnäckig widerstanden hatten.

Verfasser beschreibt 9 Fälle, bei welchen die lupöse Erkrankung in völlige Heilung überging. Die Entlassung weiterer geheilter Fälle aus dem Institute steht nahe bevor.

Der Ausbruch einer akuten allgemeinen Miliartuberkulose bei tuberkulösen Kranken, welche mit Tuberkulin behandelt wurden, ist im Institute noch niemals beobachtet worden.

An der Beobachtung der oben erwähnten geheilten Fälle teilten sich aufser dem Verfasser noch die Herren Dres. Beck, Frosch, Petruschky, Wassermann und Zenthöfer.

X. **Das Verhältnis der Milchdrüse zu den Hautdrüsen,** von C. Benda-Berlin.

Die Milchdrüse ist ihrer Lage und Entwickelung, ihrem Bau und ihrer Funktion nach den Hautdrüsen zuzuzählen. Die Hautdrüsen pflegt man nach ihren gröberen Merkmalen in acinöse und tubulöse Drüsen zu scheiden, als deren Hauptrepräsentanten die Gruppe der Talgdrüsen und die Gruppe der Knäueldrüsen anzusehen ist.

Verfasser beschreibt im folgenden die Entwickelungsverhältnisse bei den Talgdrüsen und Knäueldrüsen. Seine Befunde decken sich zumeist mit den von Kölliker, Leydig, Ranvier beschriebenen Verhältnissen. Bei der Entwickelung der Knäueldrüsen ist als typisches Merkmal das Auftreten des zweischichtig differenzierten Drüsenepithels anzusehen. Die Entwickelungsverhältnisse bei der Milchdrüse stimmen vielfach mit denen der Knäueldrüsen überein, insbesondere was die zweischichtige Anordnung des Drüsenepithels betrifft. Ganz eigentümlich aber ist der ersten Anlage der Milchdrüse die Entstehung des sogenannten Drüsenfeldes, einer circumskripten, linsenförmigen Epidermiswucherung, welche den Bezirk einer fötalen Brustwarze kennzeichnet.

Verfasser führt den Nachweis, dafs die zweischichtige Epithelanordnung für die ganze weitere Entwickelung der Milchdrüse bis zum Übergang zur Funktion erkennbar bleibt. Wie die in der Entwickelung begriffene, zeigt auch die vollkommen entwickelte Milchdrüse vielfache Vergleichungspunkte mit entwickelten Knäueldrüsen.

Verfasser beschreibt die Verhältnisse bei beiden näher, namentlich soweit es sich um das Epithel der Ausführungsgänge, der Milchgänge und des Drüsenteils handelt.

Während nun die entwickelte Milchdrüse in Gestalt und Anordnung ihrer Elemente sich mehr den Knäueldrüsen als den Talgdrüsen anschliefst, zeigt sie im funktionierenden Zustande, soweit hierbei die Drüsenelemente in Betracht kommen, mehr Analogien mit den Talgdrüsen. Das Milchdrüsensekret erinnert so lebhaft an den Hauttalg, dafs die meisten Autoren dazu neigten, die Milchsekretion mit der Talgbildung in irgend eine verwandtschaftliche Beziehung zu bringen.

Das Sekret der Talgdrüsen ist zweifellos ein Zerfallsprodukt; es entsteht durch einen Prozefs, den VIRCHOW mit Nekrobiose bezeichnet hat. Ähnliche Verhältnisse, wie sie sich bei der Talgdrüsensekretion abspielen, haben VIRCHOW und KÖLLIKER auch für das Zustandekommen des Milchdrüsensekrets angenommen. Eine andere Auffassung bezüglich der Milchbildung vertreten HEIDENHAIN und seine Schüler. Aber auch von ihnen wird die Sekretion auf einen Zerfall von Zellsubstanz zurückgeführt. Man sollte jedoch erwarten, dafs die Milchdrüse ihren aus Entwickelung und Bau herzuleitenden Charakter einer Knäueldrüse auch bei der Funktion bethätige, dafs die Sekretion sich als einen mehr nutritiven Lebensprozefs der Drüsenzellen erweise. Von der Sekretion der Knäueldrüsen wissen wir, dafs hier lösliche chemische Stoffe von der Zelle ausgesondert werden, dafs Pigmentkörnchen und an verschiedenen Stellen auch in geringer Menge Fette im Innern der Drüsenzellen erscheinen und von dort in das Sekret übergehen. Dies geschieht, ohne dafs eine substantielle Veränderung des Zellleibes oder gar ein Verbrauch von Zellindividuen erkennbar wird. Verfasser untersucht nun, ob seine Auffassung der Knäueldrüsensekretion sich mit beobachteten Thatsachen in der Milchdrüse in Einklang bringen läfst. Nach seinen eigenen Beobachtungen, verglichen mit den Beweismitteln, welche die anderen Autoren für ihre Auffassung beibringen, kann Verfasser sich nicht entschliefsen, die Milchsekretion auf eine Nekrobiose von Drüsenzellen oder Drüsenzellteilen zurückzuführen. Seine Untersuchungen bestimmten ihn vielmehr, die Milchdrüsenzellen nicht mit Talgzellen, sondern mit den verdauenden Darmepithelien oder Leberzellen zu vergleichen; d. h. das in allen Zellteilen vorkommende Fett nur für einen durchgehenden Zellbestandteil anzusehen, ohne über den Ort und die Art und Weise der Fettbildung etwas Bestimmtes aus seinen Beobachtungen entnehmen zu können. Auch über die Herkunft des phosphorhaltigen Sekretanteiles, des Milchnukleins, für welches HEIDENHAIN, NISSEN und andere Autoren einen Kernzerfall verantwortlich machten, vermochte Verfasser aus seinen Präparaten nichts Positives zu erhalten.

Aus allen seinen Untersuchungen, die in der vorliegenden Arbeit ausführlich mitgeteilt werden, hält Verfasser die Nekrobiose ganzer Zellindividuen im Sinne der älteren Autoren, wie auch den Verbrauch und Ersatz von Zellteilung im Sinne HEIDENHAINS für die Milchsekretion für unerwiesen und unwahrscheinlich.

Die Fettsekretion hält Verfasser für eine ausschliefsliche Eigentümlichkeit der Milchdrüse innerhalb der Knäueldrüsengruppe, ohne aber UNNAS Ansichten über die Fettabsonderung anderer Knäueldrüsen mit seiner Auffassung irgendwie unterstützen zu wollen. *C. Berliner-Aachen.*

Über Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut, von G. LEWIN. II. u. III. Teil. (*Charité-Ann.* X. u. XVII. Jahrg.) LEWIN berichtet in dieser ausführlichen, umfassenden Monographie über die Resultate, zu denen er im Laufe seiner Studien über den Morbus Addisonii gelangt ist.

Im II. Teil, der mit dem Jahre 1885, drei Dezennien nach dem Erscheinen der Arbeit ADDISONS, abschliefst, bringt er zunächst eine Sammlung der zahlreichen, in der Litteratur des In- und Auslandes zerstreuten Kasuistik, wobei die Fälle in ver-

schiedene Kategorien geteilt sind. Zuerst kommen die Fälle von Morbus Addisonii, bei welchen sich bei der Sektion nur die Nebennieren charakteristisch erkrankt fanden, dann diejenigen, wo aufser den Nebennieren auch die Lungen tuberkulös erkrankt waren, dann die, wo mehr oder weniger allgemeine Tuberkulose aufser der Erkrankung des Nebennieren vorhanden war. Die vierte Klasse umfafst Fälle mit Erkrankung der Nebennieren und anderer Organe, wenn diese auch nicht tuberkulös war. Zum Schlufs folgen ausführlicher zwei selbstbeobachte Fälle; die ganze Kasuistik umfafst 281 Krankengeschichten.

Zur Diagnose verlangt L. aufser der Hautverfärbung vor allem das Auftreten von gastrischen Störungen, Erbrechen, epigastrischen Schmerzen und allgemeinen Kräfteverfall.

Im Verlauf der Arbeit schildert L. sodann, gestützt auf zahlreiche eigene Tierexperimente, die Bedeutung des Sympathicus und seiner Ganglien für Morbus Addisonii, eine Theorie, auf die schon Addison selbst hingewiesen hatte, und die in neuerer Zeit mannigfache Vertiefung erfahren hatte. Es werden eingehend studiert der Einfluſs, den Schädigungen der Nn. splanchnici, des Ganglion solare etc. auf Darmthätigkeit, Blutverteilung, Schmerzempfindung haben. Sodann wird die physiologische Thätigkeit der Nebennieren für die Blutbereitung erörtert und die Veränderungen, die dieselbe unter pathologischen Verhältnissen erleidet. Der Autoren Meinung ist geteilt: einige machen hauptsächlich Erkrankung der Rinden, andere solche der Marksubstanz verantwortlich. Selbstredend wird von noch anderen jeder Zusammenhang der Nebennierenerkrankung mit Morbus Addisonii geleugnet.

Im III. Teil giebt L. eine Fortsetzung seiner Untersuchungen und schildert die Resultate, zu denen ihn das weitere Studium der Statistik und seiner Experimente geführt hat.

Er hat weitere 401 Fälle gesammelt, deren Krankengeschichten, zunächst in ähnlicher Weise rubriciert wie im II. Teil, kurz mitgeteilt werden.

Die daraus gezogenen statistischen Schlüsse ergeben ein Übergewicht des arbeitenden männlichen Geschlechts, meist ist das mittlere Alter befallen. Hereditäre Belastung mit Tuberkulose ist selten angegeben, eine ebenso geringe Rolle spielen Syphilis und Potatorium. Erkältungen, Traumen etc. werden oft als Ursachen angegeben. Es folgt nunmehr eine Übersicht über das Vorkommen der verschiedenen Symptome, deren Zusammentreffen, wie oben bemerkt, den Morbus Addisonii ausmacht. Besonders schwankend wird von den Autoren die Art der Färbung und die Ausbreitung der Hautpigmentierung geschildert. Die pathologischen Veränderungen der einzelnen Organe in ihrer reichen Mannigfaltigkeit werden eingehend mitgeteilt, wobei vor allem natürlich die Nebennieren interessieren, während Beobachtungen über Miterkrankung des Sympathicus noch nicht in genügender Menge vorliegen, um daraus statistische Schlüsse zu machen.

Einige Schlufsworte sind der Diagnose, Prognose und Therapie gewidmet.

Weitere Erörterungen und experimentelle Mitteilungen über Pathologie der zu den Nebennieren gehenden Nervenstämme etc. behält L. sich für eine folgende Arbeit vor. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Mikroskopische Technik.

Über den Einfluſs des Glases der Objektträger und der Deckgläser auf die Haltbarkeit mikroskopischer Objekte, von R. Weber. (*Fortschr. d. Medizin*, Bd. 11. 1893. No. 2.) Es ist vielfach beobachtet, daſs sorgsam eingekittete Objekte an Konturschärfe verlieren oder ganz vergehen. Es zeigte sich, daſs viele Gläser an der Luft ihren Glanz verlieren, da sie der Luftfeuchtigkeit nicht widerstehen. Am einflufsreichsten ist hierbei der Gehalt an Kalk den Alkalien gegenüber; ist ersterer zu klein, so beschlägt sich das Glas, bedeckt sich mit einer feuchten, thauartigen Schicht, die aus löslichen, alkalisch reagierenden Zersetzungsprodukten besteht, welche leicht eine Zerstörung der mikroskopischen Objekte bewirken können.

F. Hahn-Bremen.

Zur Technik der Achsencylinderfärbung im zentralen und peripheren Nervensystem, von H. Ströbe. (*Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat.* 1893. No. 2.) Bei dem Suchen nach Methoden, feinste Achsencylinder, auch wo sie vereinzelt sind, differenziert zu färben, fand Verfasser zunächst die Sahlische Methode mittelst Säurefuchsin, alkalischem Alkohol, aber ohne Methylenblaunachfärbung, für brauchbar. Der Achsencylinder trat besonders bei den nicht frisch, sondern 6 Stunden nach dem Tode eingelegten Präparaten scharf hervor. Noch besser aber bewährte sich die Kombination der Anwendung von Anilinblau und alkalischem Alkohol mit Safraninnachfärbung. Verfasser beschreibt eingehend die Ausführung dieser sicheren Methode, deren Details hier nicht wiedergegeben werden können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen über einige Punkte der histologischen und bakteriologischen Technik, von B. de Nabias und J. Sabrazès. (*Prag. med. Woch.* 1893. No. 24.)

Für Serienschnitte empfehlen die Verfasser folgendes Verfahren: 1. Zur Fixation ist in erster Reihe der Essigsäure-Alkohol (90% Alkohol 100 ccm, krystallisierte Essigsäure 6 ccm) und der absolute Alkohol, besonders wenn man auf Mikrobien untersuchen will. Ist dieses nicht der Fall, so kann man auch dem letzteren 5% Essigsäure zusetzen. Die Stücke bleiben eine Stunde in der Flüssigkeit und kommen dann in 90% Alkohol. 2. Die Färbung ist am besten in Stücken vorzunehmen; es eignen sich dazu am besten als Farbstoffe die Karmine, die in 12 bis 60 Stunden die Stücke durchfärben. Das Zentralnervensystem färbt sich besser in Schnitten, wenn man nicht Hämatoxylin mit Kalibichromat oder Kupfer oder die Golgische Färbung wählt. 3. Nach Auswaschen in destilliertem Wasser, ca. ½ Stunde lang, kommt das Stück ½ Stunde in 33% Alkohol, 1 Stunde in 70% Alkohol, 1 Stunde in 90% Alkohol, 2 Stunden in absoluten Alkohol. Darauf kommt das Objekt für 1—2 Stunden in chemisch reines Chloroform. Die Einbettung geschieht in offenem Trockenkasten mit konstanter Temperatur; das Paraffin muſs rein, glatt, elastisch, vollkommen homogen von leicht grünlicher Farbe, wasserfrei sein, bei 50° schmelzen. Das Schneiden geschieht am besten mit dem Schlitten-Mikrotom. 4. Zum Aufkleben eignet sich am besten das Gummi arabicum (ein erbsengroſses Stück auf 30 ccm Wasser), für dessen Bereitung und Anwendung die Verfasser genaue Vorschriften geben.

Einige andere technische Bemerkungen beschlieſsen die Arbeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kenntnis des osmierten Fettes, von B. Solger. (*Anat. Anzeiger.* 1893. No. 18 u. 19.) Läfst man Osmiumsäure auf frisches Fett einwirken und entzieht dann wieder den Farbstoff durch Wasserstoffsuperoxyd, dann erscheint der Fetttropfen nicht mehr solide, sondern als dickwandige, stark lichtbrechende Hohlkugel mit einer einzigen Vakuole im Innern. Verfasser erklärt diese durch Abbildungen illustrierte Erscheinung dadurch, dafs durch die Osmiumsäure eine Sonderung der fettigen Substanz in einen festeren peripheren und flüssigen zentralen Teil erfolgt; ersterer würde dem Palmitin und Stearin, letzterer dem Olein entsprechen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einige Resultate einer Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode, von Beneke (Braunschweig). (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1893. No. 15). Im Anschlufs an die Angabe von Lubarsch, dafs sich mit der Weigertschen Färbemethode noch viele andere Dinge aufser Fibrin färben lassen, berichtet Verfasser über seine Untersuchungen mit einer Modifikation derselben. Diese geht von der Voraussetzung aus, dafs durch eine Herabsetzung der entfärbenden Kraft der Entfärbungsflüssigkeit sich noch manches andere werde darstellen lassen. Von der Entfärbungsflüssigkeit, die aus 2 Anilin und 1 Xylol besteht, ist das Anilin die den Farbstoff aufsaugende Substanz, während das Xylol nur die Entfärbung verlangsamt. Durch vermehrten Zusatz des letzteren kann man also die Entfärbung noch abschwächen. Die mit dieser Modifikation gemachten Befunde giebt Verfasser eingehend wieder; ich will nur die die Leser dieses Blattes besonders interessierenden Ergebnisse bei der Untersuchung der Struktur des Plattenepithels der Haut wiedergeben, welche den von Kromayer durch eine ähnliche Methode gefundenen Resultate im ganzen entsprechen. Sehr gut lassen sich die von Ranvier zuerst beschriebenen, verschieden gedeuteten Epithelfibrillen darstellen, welche an die Kerne herantreten und diese umspinnnen können und den Hauptbestandteil der Zwischenzellenbrücken ausmachen. Verfasser neigt dazu, die Fasern für selbständige Fibrillen zu halten, denen Protoplasma — oft äufserst wenig — anliegt. Ob sie den Epithelzellen anliegen oder von ihnen selbst gebildet werden, kann er nicht entscheiden. Sicher aber gehen von den letzten Zellen des Bindegewebes zarte Fibrillen aus, welche die Epithelzellen in parallelen Zügen dicht umfassen. Es liegt der Gedanke nahe, dafs ein Bindegewebsnetz die Epithelzellen umspinnt, das bis an die Grenzen der Verhornung herantritt. — Die Herxheimerschen Spiralen erscheinen dicker und laufen zwischen einer Reihe von Zellen; sie sind entweder hypertrophische Fibrillen und stellen eine Summe von Fibrillen dar. Die Eleidinkörperchen werden mit dieser abgeschwächten Entfärbung nicht besser dargestellt; ihre Entwickelung aus Fibrillen (Kromayer) hat Verfasser nicht feststellen können.

Erwähnt sei noch, dafs mit dieser Modifikation in frischen Gummata Stäbchen von der Form der Lustgartenschen zu finden waren.

Betreffs des übrigen sei auf das Original verwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Der heutige Stand der Cellularpathologie, von C. Heitzmann. (Autorreferat nach einem Vortrage in der Deutschen medizinischen Gesellschaft in New York, in der *New York. med. Wochenschr.* 1892. No. 10.) Vortragender bespricht seine Entdeckung des retikulären Baues des Protoplasmas vor 20 Jahren, den Stricker vor 2 Jahren photographiert hat; auch kürzlich hat ein Herr Toch in New York das Netz im pflanzlichen Protoplasma und in der Grundsubstanz photographisch dargestellt. Ausschliefslich die lebende Materie produciert, nicht nur die Zellen, auch

die Grundsubstanz, selbstverständich nachdem sie verflüssigt wurde. Auch Grawitz „Schlummerzellen" entstehen aus der Grundsubstanz. Vortragender wendet sich dann gegen Weigert, der Grawitz angegriffen hat und von Proliferation der Zellen im Sinne Virchows keine Ahnung habe, da er die Bilder der Proliferation durch Einwanderung farbloser Blutkörperchen in die Gewebszellen zu erklären versucht.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei fibrösen Neubildungen der Haut, von Soffiantini. (*Giorn. ital. de mal. ven. e della pelle.* Fasc. II. 1893.) Die mit Hülfe der Taenzerschen Orceinfärbung gemachten Untersuchungen beziehen sich auf:

1. Sklerodermie. Starke Vertretung des elastischen Gewebes in allen Stratis. Verfasser wagt aber nicht, sich darüber auszusprechen, ob es sich blofs um ein relativ dichteres Gefüge infolge von Atrophie des umliegenden Gewebes oder aber um eine eigentliche Neubildung von elastischen Fasern gehandelt habe, doch neigt er in Anbetracht des Reichtums des Unterhautzellgewebes an solchen zu letzterer Ansicht.

2. Elephantiasis Arabum. Hier befindet sich zwischen Epidermis und eigentlichem Derma eine breite Lage neugebildeten Bindegewebes ohne elastische Fasern, durchsetzt von embryonalen Gefäfsen. Unter dieser Schicht folgt ein dichtes Netzwerk elastischer Fasern, welche an der Grenzschicht zwischen den beiden genannten Lagen terminale, birnförmige Verdickungen tragen.

3. Molluscum. Das elastische Gewebe ist hier, im Gegensatz zum Sarkom und Fibrom frischen Datums, vertreten.

4. Keloid. Elastische Fasern fehlen vollständig; das Gewebe ist fibrös, die Neubildung reines Fibrom. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Lokalreaktion infolge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen, von Spiegler. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 36.) Nachdem Koch seine Tuberkulinmitteilungen bekannt gemacht hatte, traten eine ganze Reihe von Autoren hervor, die Versuche mit den heterogensten Stoffen angestellt und ebenfalls Lokalreaktion erzielt hatten (Liebreich, Freund, Hebra, Adamkiewicz etc.). Verfasser injicierte nun versuchsweise an Kaposis Klinik eine Menge verschiedener Körper, um so möglicherweise eine Gesetzmäfsigkeit zu finden; er erhielt Reaktion durch Thiophen, Benzol, Sulfoharnstoff, Aceton, Propylamin, Taurin etc., bald stärker, bald schwächer. Üble Zufälle blieben aus, hie und da trat etwas Eiweifs im Urin auf. Vor allem wirksam waren die organischen Ammoniakderivate, speziell die Amine. Therapeutisch wurden die Versuche nicht verwendet. Verfasser erklärt sich die Sache so, dafs eine unbegrenzte Zahl von Körpern bei Einverleibung in den Organismus eine Schädlichkeit hervorruft, der die im Jugendzustande befindlichen Gewebe durch die Cirkulation der injicierten Verbindungen in den Blut- und Lymphbahnen ausgesetzt sind, und auf welche dieselben weit eher reagieren, als die alten, fixen Gewebe.

F. Hahn - Bremen.

Über die Wirkung der Kälte auf verschiedene Gewebe, von N. Uschinsky. (*Zieglers Beitr.* Bd. XII. Heft 1.) Verfasser liefs Ätherspray auf die rasierte Haut und auf die blofsgelegten Gefäfse, Muskeln und Nerven von Meerschweinchen 2 bis 8 Minuten einwirken und untersuchte die excidierten Teile nach verschieden langer Zeit histologisch. Er fand, dafs das Gewebe gegen das Gefrieren viel resistenter ist, als gegen das Verbrennen; namentlich erwiesen sich die Kerne als widerstandsfähig. Das Hauptsymptom war eine intensive Entzündung, charakterisiert durch starke Leukocyteninfiltration bei geringem flüssigen, sehr fibrinreichen Exsudat und venöser Stase; Hämorrhagieen und oberflächliche Nekrosen traten nur bei energischer Einwirkung der Kälte auf. Nach 4—5 Tagen trat Regeneration der abgestorben Teile ein.

Zum Gefrieren gebrachte Schnittwunden heilten nach der Vereinigung durch die Naht per primam. In gröfseren Venen liefsen sich bisweilen, in Arterien nie Thrombosen erzeugen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Materialien zur Lehre von der Beschmutzung der Haut von Kranken mit Bakterien, von S. M. Nikolski. (*Wratsch.* 1893. No. 19.) Zu seinen eingehenden Untersuchungen wählte N. mehr trockene oder wenig behaarte Körperstellen, und zwar die linke Brusthälfte in der Mammillarlinie zwei Finger breit über der Brustwarze, den Rücken zwischen Rückgrat und unterem Winkel der rechten Scapula, endlich die Innenfläche der linken Oberfläche im mittleren Drittel. Auf die betreffende Hautstelle wurde eine vernickelte Kupferplatte mit rundem Ausschnitt von 15 qcm aufgelegt, und die freie Hautfläche mittelst zweier Wattebäusche gewaschen, mit einem dritten abgetrocknet. Alle Wattebäusche kamen sofort in ein Reagensglas mit sterilem Wasser, wurden dann ausgedrückt und in ein zweites Glas gebracht u. s. w. bis man vier Gläser hatte. Die Watte wurde schliefslich fortgeworfen, der Inhalt der Gläser bakteriologisch untersucht. An 26 Patienten fand er schliefslich folgendes Resultat:

Untersuchte Hautstelle	Anzahl der gefundenen Keime auf 1 qcm Hautfläche								
	Durchschnitt	Maxim.	Minim.	Durchschnitt	Maxim.	Minim.	Durchschnitt	Maxim.	Minim.
	sämtlicher Fälle			nach dem Bade			falls kein Bad vorausging		
Linke Brusthälfte ...	262	765	50	481	756	156	202	680	50
Innenfläche d. linken Oberschenkels	199	710	24	454	710	168	120	370	24
Rücken	130	645	21	370	645	108	48	212	21

Grofs ist die Zahl der auf der Haut vorgefundenen Mikrobien überhaupt nicht, zumal im Vergleich mit den von Fontin in der Krankenkleidung gefundenen. Pathogene Arten fand Verfasser dreimal: Staphylococcus pyogenes aureus, Staphylococcus pyogenes albus und gelben Schimmel. Auffallend ist die Vermehrung der Keime nach dem Bade, die dem Badewasser zugeschrieben werden mufs; dennoch empfiehlt Verfasser die Bäder zur Abspülung etwa vorhandener pathogener Keime.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Therapeutische Mitteilungen, von E. Stern-Mannheim. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 8.) Eine vereinfachte Form der Inunktionskur. Man läfst alle 8 bis 10 Tage 10 g grauer Salbe auf einmal verreiben mit entsprechender Verteilung auf die üblichen Einreibungsstellen. Mit 5 bis 6 solcher Inunktionen erzielt man denselben Effekt, wie mit Injektionen oder gewöhnlichen Einreibungen. Bei genügender Pflege tritt Stomatitis nicht häufiger auf.

Unguentum contra Perniones.

Zinc. oxyd. crud.	15,0
tere exactiss. direkt c.	
Glycer.	45,0
adde	
Lanolin.	40,0 allabendlich auftragen.

Die Herstellung eines reizlosen Teerpräparates.

Man lasse eine beliebige Teersorte an einem warmen Orte in gut verschlossener Flasche einige Wochen ruhig stehen, dekantiere sodann die oberen zwei Drittel vorsichtig und mische sie mit Spiritus zu gleichen Teilen.

Ol. Rusci decantat.
(siv. *Pic. liquid.* etc.)
Spirit. aa

Zur Technik der elektrolytischen Epilation.

Man epiliert vor allem das Haar mit der Pinzette. Dann klafft die Follikelmündung, und der Follikelkanal ist bis zum Grunde offen, die vorsichtig sondierend eingeführte Nadel kann unschwer bis zur Papille alsdann eingeführt werden. Auch bei dieser Procedur wachsen doch noch einzelne Haare wieder, etwa 20%, aber doch weniger, wie bei dem üblichen Verfahren. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beiträge zur Europhen-Wundbehandlung, von Regimentsarzt Dr. Trnka. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 32.) Das Europhen zeigt vorzügliche Eigenschaften, ohne dem Chirurgen das Jodoform ersetzen zu können, da es nicht desodoriert, nicht septische, speziell jauchige Sekrete beeinflufst, überhaupt die Qualität des Wundsekrets nicht ändert, wohl aber die Quantität. Zu seinen guten Eigenschaften zählen seine leichtere Löslichkeit (fünf mal so leicht als Jodoform), besonders in Öl, Alkohol, Äther, Kollodium, seine Hygroskopicität, seine harzige Beschaffenheit und dadurch bedingte bessere Haftbarkeit, seine relative Geruchslosigkeit, seine relative Ungiftigkeit. Besonders geeignet ist es zur Imprägnierung von Verbandstoffen, zumal der zur Blutstillung vorteilhaften klebenden Verbandstoffe. Klebender Europhenlint hat sich dem Verfasser bei Epistaxis etc. besonders bewährt. Pulververbände mit Europhen brachten spitze Kondylome nach eventueller Abtragung härterer Teile zum Schwunde. Europhensalbe (10%ige) war bei tiefen Ekzemen, übermäfsig secernierenden Flächenwunden nach Ätzungen, Verbrennungen, Erfrierungen, Evidement bei Tuberkulose und Lupus von Erfolg. Der Pulververband ist auch bei Thierschschen Hauttransplantationen vorzüglich. Bei kopiöser Otorrhoe wirkt Europhen nach antiseptischer Ausspülung (1/4—1/2 % Diaphterin) sehr günstig. In einem Falle sah Trnka ein Arzneiexanthem in Gestalt einer Urticaria unter lebhaften Fiebererscheinungen auftreten; diese wiederholte sich, als wieder Europhen auf die Wunde aufgestreut wurde. Der Preis des Europhens ist seiner Einführung noch hinderlich; für Kriegs- und Landpraxis, zur Imprägnierung von Blutstillungsmaterialien und zum Pulververbande wäre es zu empfehlen. (Da Europhen viel leichter ist, als Jodoform, gleicht sich der Preisunterschied aus; nichtsdestoweniger wird letzteres seinen Platz behaupten. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pharmakologisches.

Einen Fall akuter Arseniklähmung demonstriert Prof. Franz Müller im Verein der Ärzte in Steiermark am 10. April 1893. (*Internat. klin. Rundsch.* 1893. No. 31.) Der 43jährige Patient zeigt deutlich ataktischen Gang, Ataxie der oberen Extremitäten, Schwanken bei Lidschlufs, Erlöschen der Patellarsehnenreflexe. Alle Erscheinungen haben sich in zwei Monaten entwickelt, wodurch Tabes auszuschliefsen ist. Diese akute Ataxie ist ein Symptom der multiplen Neuritis, deren Bild noch durch Lähmungen der M. M. opponentes interossei interni und externi, Extensor digiti communis und carpi radialis, sowie der entsprechenden Muskeln an den unteren Extremitäten vervollständigt wird. Die Lähmungen beschränken sich auf die distalen Enden der

Extremitäten (Akroparalyse). Auf Druck sind schmerzhaft die Muskulatur der Unterschenkel, die Nervi peronei und die Nerven im Sulcus bicipitalis internus. Sensibilitätsstörungen: Anästhesie der Vola manus, Hyperästhesie der Zehen, Parästhesien an Fingern und Zehen, Schmerzparoxysmen in den letzteren. Vasomotorische und trophische Störungen: Abschuppung der Epidermis an Hand und Fufsteller; lebhafte Hyperidrosis. Fufssohlenreflex schwach vorhanden, Achillessehnenreflex erloschen.

Diese multiple Neuritis entstand im Anschlufs an einen Selbstmordversuch mit Arsenik nach voraufgegangenen choleraartigen Erscheinungen. Die chronische Arsenvergiftung zeigt aufser den Lähmungen Zeichen der Kachexie mit trophischen Störungen der Haut und Erythemen. Die akute Arseniklähmung kann leicht klinisch festgestellt werden: Beginn mit Brechdurchfall, Parästhesien, Akrodynien, Ataxie an allen (Tetraxie) oder nur an den unteren Extremitäten (Parataxie), schlaffe, atrophische, schmerzhafte Akroparalysen, Verlust der Reflexe, trophische, vasomotorische, sekretorische Anomalien charakterisieren sie; Prognose gut; Heilung in $^1/_2$—2 Jahren. Therapie: Gute Ernährung, frische Luft, Nux vomica; gegen die Schmerzen kalte und warme Umschläge, Morphium; später stabiler, konstanter Strom ($^1/_2$—2 M. A.). Starke Ströme, faradischer Strom, Elektro-Massage nur in vorgeschrittenen Stadien.

Jessner-Königsberg i. Pr.

I. **Ueber Bäder mit Mattonis Moorextrakten,** von Ed. Fischer-Wien. (*Med.-chir. Centralbl.* 1893. No. 17).

II. **Zur Anwendung der Mattonischen Moorextrakte in der Gynäkologie,** von J. Heitzmann. (Ibid. 1893. No, 27.)

III. **Die therapeutische Verwertung der Mattonischen Moorextrakte bei Nervenkrankheiten,** von Max Weiss. (Ibid. 1893. No. 16).

Die als Ersatz für die Franzensbader Moorbäder vielfach empfohlenen Mattonischen Moorextrakt-Bäder üben, wohl infolge des reichen Gehaltes an schwefelsauren Eisenoxydul, einen kräftigen Hautreiz aus, der sich in einem angenehm-prickelnden Gefühl des Badenden, später in Rötung der Haut äufsert. Die Gefäfse derselben füllen sich mit Blut, wodurch eine entsprechende Menge aus den inneren Organen, insbesondere aus den hyperämischen, entzündeten abgeleitet wird. Die nächste Wirkung ist also eine Anregung der Cirkulation an der Körperoberfläche, gleichzeitig aber die Depletion der blutüberfüllten inneren, zumal der Bauchorgane. Besonders dankbar Objekte sind die chronischen, meist durch Gonorrhoe oder im Wochenbett acquirierten Entzündungsprozesse, sowie die weibliche Sterilität, insofern sie auf die vorerwähnten Prozesse und deren Folgen zurückzuführen. Bei geringeren örtlichen Leiden werden Sitzbäder, bei ausgebreiteten chronischen Entzündungsprozessen der weiblichen Sexualorgane dagegen Vollbäder empfohlen. 2 kg Lauge und 1 kg Salz (Inhalt eines Kistchens) gelten als durchschnittliche Zusatzmenge für ein Vollbad. Die ersten Bäder sollen ca. 10 Minuten währen bei gleichmäfsiger Temperatur von 27—28° R. Beste Badezeit abends; rasches Abtrocknen und Ruhe nach dem Bade ist von Wichtigkeit. Es genügen zwei Bäder wöchentlich. Bei Anämischen, besonders Chlorotischen, fördern die Bäder die Allgemeinernährung durch Anreizung der Circulation. *A. Strauſs-Barmen.*

Salophen, ein gutes Antineuralgicum und Antirheumaticum, von Lutze, Assistenzarzt am Krankenhause zu Barmen. Salophen, eine chemische Verbindung der Salicylsäure mit einem Spaltungsprodukte des Phenacetins, bewährte sich u. a. in drei Fällen von hartnäckigen Neuralgien, eins im Gefolge von tertiärer Lues und zwei von Tabes dorsalis. Bei dem ersten Kranken handelte es sich um Nervenschmerzen in der linken oberen und unteren Extremität. 3 gr. hatten bei Schmerzanfällen stets eine prompte Wirkung. Bei den beiden Tabes-Kranken liefsen die lancinierenden

Schmerzen nach ca. $1^1/_2$ Stunden, resp. $4^1/_2$ Stunden nach. Phenacetin und Antipyrin hatten keinen besseren Erfolg. Die Erfahrungen, die man mit dem Mittel gemacht, berechtigen wohl zu weiterer ausgedehnter Anwendung. *A. Strauſs-Barmen.*

I. **Über den Gebrauch des Tuberkulins als Erkennungsmittel der Syphilis,** von Straus und Tessier (*Presse méd. belge.* 1893. No. 32).

II. **Über die Wirkung des Tuberkulins bei Nervenlepra,** von Straus (*Presse méd. belge.* 1893. No. 32).

Die Verfasser haben das Tuberkulin in den genannten Affektionen injiciert und ganz analoge Reaktion bei den betreffenden Patienten hervorgebracht, wie bei Tuberkulose, resp. Lepra. Bei anderen Krankheiten, wie Erythema scarlatiniforme, Eccema, Akne blieb dasselbe ohne jede Wirkung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Zur Behandlung der Alopecie, von Ferras. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. No. 649.) Ferras empfiehlt neben der örtlichen auch eine Allgemeinbehandlung des Haarschwunds: Starkhaltige Schwefelbäder, in denen der Kranke bis zu 40 Minuten zu verweilen hat, darauf Massage von 10—20 Minuten Dauer; desgleichen heiſse Brausen von 3—5 Minuten Dauer. Innerlich morgens und abends je 60 0—200,0 Schwefelwasser. Als äuſserliche Mittel werden reine Jodtinktur und Zerstäubungen von heiſsem Schwefelwasser empfohlen. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Lingua geographica, von Otto Spehlmann. (Mit einer Tafel. *Gesammelte Abhandlungen aus der medizinischen Klinik zu Dorpat,* herausgegeben von Professor H. Unverricht. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1893.) Auf Grund der Beobachtung von 23 Fällen giebt Verfasser eine zusammenfassende Darstellung der Lehre von der Lingua geographica, die sehr instruktiv ist. Unverricht versteht unter der oben genannten Bezeichnung ein Leiden, das hauptsächlich auf der Zungenoberfläche lokalisiert ist, nur ausnahmsweise auf die untere Fläche übergreift, unter dem Bilde einer circumskripten, meist kreisförmigen, oberflächlichen Epitheldesquamation auftritt. Diese, unter dem Niveau der Schleimhaut liegenden Desquamationen sind von einem wallartigen, weiſsen Saum umrandet, was häufiger der Fall ist, oder sie heben sich durch scharfe, buchtige, nicht erhabene Grenzen von der gesunden Zungenschleimhaut ab. Charakteristisch für dieselben ist das Unbeständige in Gröſse und Form, so daſs ein wechselndes Bild entsteht; durch Konfluenz der einzelnen Flecken erhält man das Aussehen einer geographischen Karte. Die von Rayer 1831 als „Pityriasis linguae" geschilderten Veränderungen gehören wohl nicht hierher, wahrscheinlich auch nicht Möllers „chronische Exkoriationen". Ähnliche Zungenanomalie sah Santlus; er benennt sie „Zungenhyperphlyse, Zungenfratt". Gublers „État lichénoide", Bridons „État ligré" benennen dasselbe Krankheitsbild; bei Vauleair hat dasselbe den Namen „Lichénoide lingual" er führt es zurück auf eine subacute Papillitis der Papillae filiformes von gyroider Form, serpiginösem Verlauf und atrophischer Tendenz (Staminopapillitis atrophicans). Barker beschreibt zwei Fälle als „Circulus s. Annulus migrans" oder „Prurigo linguae". Parrot fand bei der mikroskopischen Untersuchung das Epithel verdickt und geschwollen, das Volumen des Hornlagers und des Rete vergröſsert; in den Papillen und dem darunterliegenden Derma lymphoide Zellen in der Umgebung der Gefäſse, zerstreut und in Gruppen; das Derma soll der Sitz der

primären Veränderungen sein; unter 31 Fällen waren 28 hereditär syphilitisch. — Zwölf sorgfältig beobachtete Fälle beschreibt Unna unter dem Namen „kreisfleckige Exfoliation der Zunge (Exfoliatio areata linguae)“; er unterscheidet drei Grade, sah nie ein Wandern der Flecken, sondern nur eine sprungweise Verbreitung. Von Interesse ist es, dafs Unna die Lingua geographica fast nur bei Frauen fand und da eine Exacerbation beim Eintritte der Menses konstatieren konnte. Dreimal beobachtete er in der Hohlhand eine analoge kreisförmige Exfoliation (Exfoliatio areata palmae manus). Gautier unterscheidet drei Haupttypen: 1. forme à decoupres nettes, scharfrandige oder geographische Form ohne verdickten Randsaum, sich wenig vergröfsernd; 2. forme festonnée, mit verdecktem, gewundenem Randsaum, schnell Gröfse und Ort wechselnd; 3. lichenoide Form, anfangs eine membranartige Verdickung des Zungenepithels aufweisend, langsam wandernd, beim Kauen oder Berühren schmerzhaft. Eine gröfsere Abhandlung stammt von Lemonnier, der das Leiden als „Glossite exfoliatrice marginée“ beschreibt.

Von weiteren Arbeiten sei hier diejenige von Guinon hervorgehoben, der 44 Fälle beschreibt, die aber wohl nicht alle hierher zu zählen sind. Nach dieser ausführlichen historischen Übersicht giebt Verfasser den Bericht über seine 23 Fälle, um daran eine Schilderung des Krankheitsbildes anzuschliefsen: Die Lingua geographica hat ihren Sitz fast nur auf dem Dorsum linguae; nur in einem von den 23 Fällen war die untere Fläche ergriffen. Die einzelnen Flecke, rot, feuchtglänzend, glatt, vergröfsern sich peripher und zeigen keine Papillae filiformes. Die verschiedenen Formen entstehen durch Konfluenz benachbarter Flecke und stellen deshalb nicht verschiedene Typen dar. Beim Wandern können die Flecke auch die Mittellinie überschreiten. Die Dauer des einzelnen Fleckes ist verschieden. Subjektive Beschwerden fehlen. Die Untersuchung ergiebt ein Fehlen der Hornschicht an den Stellen, die makroskopisch Epitheldesquamation zeigten; statt derselben fand man ein oberflächliches Exsudat. Die darunterliegenden Zellen sind gequollen, mit Alaunkarmin nicht färbbar. An dem wallförmigen Rande sind die fadenförmigen Epithelfortsätze unförmlich vergröfsert, so dafs sie sich gegenseitig berühren; an ihrer Basis sind kleinzellige Infiltrationsherde sichtbar. Die Papilli fungiformes sind verlängert. Im Gegensatz zu den Befunden von Parrot fanden sich hier die Hauptveränderungen in den oberen Epithelschichten, bestehend in einer Infiltration und Exsudatbildung. Bei der Diagnose ist das erythematös-erosive Syphilid zu berücksichtigen, die aber keinen weifslichgelben Saum, kein peripheres Wachstum zeigen, sich nicht nur auf die Zunge beschränken, auf Merkur reagieren. Die Plaques opalines, die Leukoplakie, die katarrhalische Stomatitis, die exanthematische Stomatitis (Masern, Scharlach, Pocken), die aphthöse Stomatitis etc. sind leicht abzugrenzen. Das Leiden ergreift meistens Kinder, besonders im ersten bis vierten Lebensjahre; konstitutionelle und acquirierte Schwäche sollen disponieren; diese kann auch durch hereditäre Lues gegeben sein. Das weibliche Geschlecht ist häufiger ergriffen. Das Wesen des Leidens ist unbekannt. Die Vermutung von Butlin, dafs es sich um eine nervöse Affektion handelt, ist von der Hand zu weisen; parasitäre Entstehung ist noch fraglich. Die Prognose ist gut. Borax, Tannin, Alaun, Soda, Jodtinktur, Borvaselin, Arg. nitr., Kalium nitr., Schwefel sind ohne Erfolg versucht worden.

Die Schlufssätze des Verfassers lauten:

1. Die Lingua geographica ist eine selbständige, von allen anderen Zungenaffektionen wohl unterscheidbare, gutartige Erkrankung, deren klinisches Bild durch eine umschriebene, von einem mehr oder weniger hervorragenden Rande umsäumte Epitheldesquamation, durch das Wandern und Verschwinden der einzelnen Flecken und durch einen chronischen Verlauf der Gesamtaffektion charakterisiert ist.

2. Die anatomischen Veränderungen bei der Lingua geographica bestehen in Anhäufung lymphoider Körperchen in der bindegewebigen Grundlage der Schleimhaut, sowie im Papillarkörper, und namentlich im Epithel und in der Bildung eines Exsudates in den oberflächlichen Schichten des Stratum Malpighii, während die Hornschicht abgestofsen wird.

3. Die Lingua geographica tritt meist als Begleiterscheinung von Organerkrankungen mit konsekutiver Ernährungsstörung des Organismus auf.

4. Die Therapie der Lingua geographica ist bis jetzt erfolglos gewesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Scabies und akute Nephritis, von P. Bothezat. (*Nouveau Montpellier méd.* No. 6. V. Nach dem *New York med. Journ.* 10. Juni 1893.) Verfasser berichtet über einen Fall von pustulöser Scabies, welcher mit akuter Nephritis und intensiven urämischen Erscheinungen kompliciert war. Er meint, dafs leichtere Nierenaffektionen vielleicht häufiger, als man gemeiniglich glaubt, bei genanntem Leiden vorkommen dürften, wie ja sonst bei vielen (ausgedehnteren) Hautkrankheiten (Lupus, Ekzem, Lepra etc.) die Nieren häufig schwer in Mitleidenschaft gezogen sind.

Philippi-Nieheim.

Über Pityriasis des Ohres und ihre Behandlung, von Albespy. (*Rev. de laryngol.* 1892. No. 15.) Von Ladreit de Lachavrière wird die Pityriasis des Ohres folgendermafsen behandelt: Abführende Schwefelwässer, das natürliche von Challes, oder eine Lösung von Glaubersalz, dazu Einspritzung von warmem Wasser mit Zusatz von 10 Tropfen einer 1%igen Sublimatlösung enthaltenden Eau de Cologne auf ein halbes Wasserglas; bei starkem Jucken Jodkalium intern. Albespy selbst empfiehlt: Täglich Einlegen von 3 cm langen, in 5%ige Höllensteinlösung getauchten Wattewicken; wechseln nach 24 Stunden. Sobald die Schüppchen geschwunden wird die Watte getränkt mit

Acid. salicyl.	3,0
Bals. canadens.	1,0
Collod.	46,0

Innerlich gleichzeitig Sol. arsen. Fowleri. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung des Ekzems der Ohrmuschel, von Chatellier. (*Sem. méd.* 1893. No. 43.) Das Jodol soll beim Ekzem der Ohrmuschel besonders günstig wirken. Bei nässendem Ekzem wird mit verdünnter van Swietenscher Lösung abgespült, darauf abgetrocknet und mit Jodol bepudert, dasselbe eventuell auch in den Gehörgang gestreut; daneben Watte; zweimal täglich Verbandwechsel; Heilung in 1 bis 8 Tagen. Bei trockenem Ekzem wird abgewaschen und dann Jodolsalbe (1 : 30 Lanolin) aufgelegt; darüber wieder Watte. Bei trockenem Ekzem des äufseren Gehörganges wird sorgfältig gereinigt, ausgetrocknet und Jodol 1,0 : Paraffin. liquid. 30,0 eingefüllt, darüber Wattetampon. Nach der Heilung, die etwa in 14 Tagen erfolgt, wird der äufsere Gehörgang sorgfältig ausgewaschen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Ekzem mit Urticaria als Komplikation, von A. Cantrell. (*New Engl. Med. Monthly.* August 1892.) Der 75jährige Patient führt die Anfänge seiner Hautaffektion auf einen andauernden nervösen Zustand zurück, in den er durch Schicksalsschläge versetzt worden ist. Die Affektion zeigt den Charakter eines Eccema rubrum und hat alle Teile des Körpers mit Ausnahme der Handflächen und Fufssohlen gleichmäfsig befallen. Die Haut ist gerötet, verdickt, infiltriert; stellenweise zeigt sich, wie im Gesicht, am Halse, an den Ohren, leichtes Ödem. Während der Behandlung bekam der Patient infolge eines Mifsverständnisses seitens der Wärterin bei der Einreibung einer Salbe (Gurkensalbe?) einen Urticariaausschlag.

Die Urticaria ist in diesem Falle rein zufällig entstanden, steht also nur in losem Zusammenhange mit dem Ekzem und kann recht eigentlich nicht als Komplikation desselben angesehen werden. D. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zu der Histologie einer Phase des Eccema seborrhoicum, von Elliot. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1893. No. 6). Auf Brust und Rücken treten kleine, rote, scharf begrenzte Papeln gruppenweise auf; diese fliefsen zusammen und bilden einen Ring, der sich peripher verbreitet, polycyklische Formen bildet, während das Zentrum heller, rötlichgelblich wird und graue Schuppen trägt; auf dem Kopfe findet sich Pityriasis capitis. Diese von Unna als Eccema seborrhoicum beschriebene Affektion hat Verfasser zum Gegenstande seiner Untersuchungen gemacht. Er excidierte einige typische Efflorescenzen und fand Entzündung (zellige Infiltration) im Corium, die Gefäfse erweitert, die Epidermis um die Haarfollikel verdickt; im Rete Malpighii zahlreiche veränderte Kerne; die Knäueldrüsen waren erweitert; in den Knäueln kein kubisches Epithel, sondern zahlreiche Kerne in einer granulierten Masse. Unna hält die veränderten Kerne im Rete für pathognomonisch, während E. solche auch bei anderen Entzündungen der Haut fand. Unna fand Fettinfiltration in den Geweben, als deren Quelle er die Knäueldrüsen ansieht, während E. sich hiervon nicht überzeugen konnte. Sonst stimmen beide Autoren überein, dafs es sich um einen Entzündungsprozefs, nicht um eine Sekretionsänderung handelt; die Fettsekretion ist sekundär; die Affektion gehört zum Eccema seborrhoicum Unna und ist anzusehen als Hautkatarrh, wahrscheinlich durch Mikroorganismen hervorgerufen.
F. Hahn-Bremen.

b. *der Cutis.*

Über Bacillenbefunde beim Ulcus molle, von Walther Petersen. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1893. No. 23.) Der Streit der Unitarier und Dualisten kann natürlich nur durch die Bakteriologie entschieden werden, jedoch ist ja noch nichts sicheres über die Erreger des Ulcus molle und der Syphilis bekannt. Die ersten wertvollen Untersuchungen über die Befunde von Mikroorganismen beim Ulcus molle stammt von Ducrey, der Ulcera mollia bis in die fünfzehnte Generation verimpfte und von der fünften bis sechsten Generation ab nur einen Bacillus fand, der 1,48 μ lang, 0,5 μ breit, an den Enden abgerundet, in der Mitte eingeschnürt war. Er lag fast stets aufserhalb der Eiterzellen, färbte sich in Fuchsin, Methylviolett, Gentianaviolett, nicht aber nach Gram und Kühne. Kulturen gelangen nicht, in Bubonen liefs er sich nicht nachweisen. Daran schliefsen sich die Arbeiten von Krefting und Unna. Ersterer fand einen Bacillus, der demjenigen von Ducrey sehr ähnelte, und zwar auch im Buboneneiter; er erkannte auch die leichte Entfärbbarkeit im Alkohol. Unnas wichtiger Befund in Schnitten ergab einen Streptobacillus von 1,25—2 μ Länge, $^1/_3$ μ Breite, der sich am besten in Unnas alkalischer Methylenblaulösung färbte; die Entfärbung wurde mit Glycerinäther ausgeführt. Verfasser kann nun die Unnaschen Befunde bestätigen. Die alkalische Methylenblaulösung mufs 24 Stunden einwirken, zur Entfärbung ist am besten das Einlegen für 3—16 Minuten in Anilinöl, dann für $^1/_2$—3 Stunden in eine Anilin-Xylolmischung. Auch eine aus dem Pasteurschen Institute angegebene Methode zur Färbung von nach Gram nicht färbbaren Bacillen ist hier geeignet. Jedenfalls mufs Alkohol vermieden werden, am besten, indem man die Schnitte nach Unna vor der Entfärbung sorgfältig abtrocknet, oder indem man die Schnitte des in Paraffin eingelegten Präparates in Nelkenöl collodium sofort auf den Objektträger aufklebt. Die Bacillenketten liefen stets zwischen den Zellen; in verschiedenen harten Schankern waren sie nicht aufzufinden.

Von besonderem Interesse sind die Kulturen, welche dem Verfasser auf Agar-

Agar-Blutserum gelangen. Es entstanden am zweiten Tage rundliche, wolkige, nach aufsen etwas mit Ausbuchtungen versehene, leicht gelbliche Kolonien, die bei der vierten Aussaat ohne jede Beimengung blieben. Die Züchtung gelang nur bis zur vierten Generation. Impfungen bei Tieren blieben negativ; beim Menschen trat am zweiten Tage eine geringe Rötung, am dritten eine minimale Pustel auf, die am fünften wieder abgeheilt war. Also die Impfergebnisse sind noch mangelhaft; dennoch kann man wohl annehmen, dafs der Streptobacillus zu dem Ulcus molle in Beziehung steht Weitere Arbeiten werden hoffentlich bessere Aufklärung bringen. Ob die Bacillen von Ducrey, Krefting, Unna alle identisch sind, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des weichen Schankers, von L. Brocq. (*Journ. of cut. a. gen.-ur. diseas.* März 1893.) Der Verfasser stellt folgende Regeln für die Behandlung des Ulcus molle nach Balzers Vorgang auf:

1. Skrupulöseste Sauberkeit und Reinlichkeit, aseptische Behandlung des Schankerherdes mit heifsen Bädern von über 40° C.

2. Applikation des Chlorzink- oder Höllensteinstiftes und Umwandlung des Schankers in eine einfache Wunde.

3. Anwendung von Jodoform, Aristol etc., von schwachen antiseptischen Lösungen.

4. Bis zur vollständigen Vernarbung mufs der Patient sich möglichst ruhig verhalten. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Bubo, von Cordier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 250) Sowie man Fluktuation fühlt, soll man mit einem schmalen Messer einstechen und, ohne den Eiter auszudrücken, etwa 1 g einer 50%igen Höllensteinlösung einspritzen, alsdann mit Jodoform verbinden. Die Heilung erfolgt in drei Tagen unter reichlicher Eiterung und hinterläfst keine Narbe. Die Behandlung bleibt die gleiche, ob es sich um einen einfachen oder schankrösen Bubo handelt.

Türkheim-Hamburg.

Über akute multiple Dermatomyositis, von Senator. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1893. No. 62.) Fälle von multipler Myositis auf infektiöser Basis sind erst in den letzten sechs Jahren, zuerst durch Wagner, Hepp und Unverricht, bekannt geworden. 1891 konnte Strümpell elf Fälle zusammenstellen. Unter Fiebererscheinungen werden die Muskeln sehr schmerzhaft, bretthart, und unter Fortschreiten auf die Atem- und Schlingmuskeln tritt der Tod ein. Eigentümliche Exantheme, Urticaria, Purpura sind oft dabei von vornherein vorhanden, weshalb Senator das Leiden als Dermatomyositis bezeichnet. 1889 publicierte Senator zwei Fälle von akuter infektiöser Myositis, kombiniert mit Polyneuritis, die aber mit den anderen nicht zusammenzugehören scheinen. Jetzt beobachtete er eine Dermatomyositis bei einem 50jährigen Diabetiker. Anfangs 1891 entstanden unter Fieber brettharte, schmerzhafte, allgemeine Muskelschwellungen, Ödeme und Exantheme der Haut, zum Teil als Urticaria, zum Teil als Erytheme. Der Tod trat am 15. Januar ein. Die Untersuchung eines Stückes aus dem Biceps ergab: serös-blutige Durchtränkung der Haut, kleine Abscesse unter derselben, hochgradige interstitielle Myositis, an einzelnen Stellen abscefsähnliche Anhäufungen von Leukocyten. Die Muskelfasern selbst fast gar nicht verändert, Querstreifung deutlich, auffälliger Kernreichtum, der aber vielleicht nicht pathologisch ist. Mikroorganismen sind nicht gefunden. Neulich hat Pfeiffer ein ähnliches Krankheitsbild bei Tieren, bedingt durch Gregarinen, beobachtet. Vielleicht liegt hier dieselbe Ursache vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Abortive Behandlung der Karbunkel, von P. C. Barker. (*New York med. Journ.* 17. Juni 1893.) Man spritze mittelst einer ziemlich grofsen Pravazschen Spritze sämtliche kleine Öffnungen mit einer $^1/_{10}$—$^1/_5$%igen Lösung von Sublimat gründlich aus; aufserdem soll man die Umgebung jeder dieser kleinen Abscefshöhlen desinficieren, indem man durch die umgebende Haut einsticht und möglichst viel von dem Antisepticum einspritzt. Das Verfahren wird täglich einmal bis zur Ablösung des Sphacelus wiederholt. In der Zwischenzeit wird die Stelle mit irgend einer schwachen antiseptischen Salbe verbunden. Es kommt darauf an, dafs eine jede einzeln bestehende oder sich entwickelnde Öffnung des Karbunkels so vorgenommen werde. Die Resultate sollen ausnahmslos gute sein. *Philippi-Nieheim.*

Kontagiosität des Gesichtserysipels, von le Gendre. (*Bull. méd.* 1892. No. 52.) Gegenüber Gaucher, der behauptete, dafs Ekzematöse spontan Erysipel nicht acquirieren, berichtet Verfasser über einen Fall, in dem ein junger Mann mit Varicellen und Impetigo des Gesichts im Spital an Rotlaufkranken sich ansteckte und schwer erkrankte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hidrosadenitis suppurativa disseminata, von W. Dubreuilh. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat.-patholog.* 1893. No. 1.) Nach einem geschichtlichen Überblick der einschlägigen Litteratur (Giovannini, Verneuil, Pollitzer, Barthélemy etc.) und unter Zugrundelegung von zwei ausführlichen Krankengeschichten beschreibt Verfasser die Symptomatologie und pathologische Anatomie der Affektion. Dieselbe charakterisiert sich durch das Auftreten disseminierter, isolierter, nur ausnahmsweise in Plaques zusammenfliefsender Knötchen, welche in der Cutis entstehen und zunächst nur fühl-, nicht aber sichtbar sind, bis sie unter langsamer Volumzunahme als entzündliche, kupferrote, Syphiliden ähnlichen, bis erbsengrofsen Erhabenheiten hervortreten. In diesem Stadium höchster Entwickelung bildet sich entweder ein flaches, tiefliegendes Bläschen aus, oder das Infiltrat geht in Eiterung über. Der Prozefs schliefst mit der Bildung einer flachen, zunächst rötlichen oder pigmentierten, dann weifs werdenden Narbe. Am häufigsten betroffen sind Gesicht und Kopfhaut, vordere und seitliche Halspartien, Ohren und Unterkiefergegend, dann Streckseiten der Extremitäten (Knie, Ellenbogen und Lenden. Die Genitalregion bleibt immer frei; selten werden auch Gelenkbeugen, obere und mittlere Rückengegend und das Abdomen befallen. Die Dauer der Krankheit ist immer eine lange und berechnet sich zum Minimum nach Monaten. Über die Ätiologie ist nichts Sicheres bekannt.

Vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte kennzeichnet sich die Affektion als eine ausschliefslich das Schweifsdrüsensystem befallende Entzündung, wobei sich zunächst wie die Schlingen der Drüsenknäuel eine immer dichter werdende Infiltration embryonaler Zellen bildet, die nach und nach dem Ausführungsgange entlang dem Orificium zu rückt, während gleichzeitig die Drüsenepithelien zu proliferieren beginnen, ihre Gestalt verlieren und schliefslich die ganze Drüse im Infiltrate aufgeht. Die kleinzellige Infiltration dehnt sich auch auf die benachbarten Blutgefäfse aus, während Lymphgefäfse und Talgdrüsen freibleiben. Differential-diagnostisch kommen in Betracht: die Acne varioliformis (Hebra) oder Acne pilaris (Bazin), gewisse Follikulitiden, Hutchinsons Sommereruption und Sommerprurigo, die Folliculitis exulcerans (Lukasiewicz). *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Progressive Ernährungsstörungen.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. Lassar in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Sitzung vom 7. Juni 1893): **Beitrag zur Therapie der Hautkrebse.**

Köbner: Die vorgestellten Fälle sind nicht absolut beweisend. Esmarch hat schon

1877, später auch Langenbeck, ähnliche günstige Ergebnisse bei der Arsenbehandlung gesehen; jedoch trat in dem Langenbeckschen Falle ein Jahr darauf ein zum Tode führendes Recidiv ein. Die Diagnose ist in dem Lassarschen zweiten Falle nicht sichergestellt, und auch die vorgelegten mikroskopischen Präparate sind nicht überzeugend. Nicht jede atypische Epithelwucherung ist Carcinom. Der dritte Fall ist noch nicht geheilt, es ist noch eine derbe Infiltration in der Haut fühlbar. Wer auf Grund von 2—3 Fällen für eine neue therapeutische Methode eintreten will, mufs mindestens dieselben 4—5 Jahre beobachten. Auch unter indifferenter Behandlung und unter Tuberkulinbehandlung hat Köbner vorübergehende Heilungen gesehen. Er steht auf dem Standpunkte Esmarchs: „Der Krebs ist heilbar, wenn er früh und gründlich genug mit dem Messer ausgerottet wird. Jedes Zagen ist für den Kranken verderblich. Nur wenn es für die Operation zu spät geworden ist, darf der Versuch gemacht werden, durch innere Mittel Heilung zu erzielen."

v. Bergmann hat kürzlich drei Fälle vorgestellt, bei denen 10, 7, 5 Jahre nach der Operation von an der Grenze der Operationsmöglichkeit befindlichen Carcinomen ohne Recidiv vergangen sind. Gerade die Hautkrebse bieten die beste Prognose für die Operation, deren bessere Ergebnisse der Feind medikamentöser Behandlung sind. Man mufs beherzigen: 1. Die Vorgänge der Vernarbung, welche eine Folge davon sind, dafs die kurzlebigen Zellen des Carcinoms im Stroma zu Grunde gehen; dieses sinkt ein und täuscht eine Heilung vor, wie an einem vorgestellten Falle demonstriert wird. Diese Vernarbung tritt, wenn man äufsere Reize, auch therapeutische, fernhält, gewöhnlich in der Mitte der Ulceration ein. Darauf ist auch Adamkiewicz bei der Vorstellung seiner „geheilten" Fälle hingewiesen worden. 2. Die verschiedene Malignität der Carcinome, die selbst 20 Jahre bestehen und dann zeitweilig vernarben können. Zurückbleibende kleine Herde bleiben oft viele Jahre latent. Manche derartige Fälle geben das Bild des Lupus. Im Gesichte kommen auch infolge von Seborrhoe Geschwülste und Ulcerationen vor, welche Carcinome vortäuschen. Bevor man die dem Patienten sehr willkommene innere Behandlung einleitet, soll man bedenken, dafs gerade die Carcinome des Gesichts von Chirurgen meistens ohne Recidiv geheilt werden.

Lassar hat bei den vorgestellten Fällen nicht von einer Heilung im allgemeinen gesprochen, sondern nur der Gesellschaft gezeigt, dafs unter Arsenbehandlung carcinomatöse Knoten des Gesichtes nicht den üblichen Verlauf nehmen. Dafs die Chirurgen solche Fälle ohne Recidive beseitigen können, hat er niemals bezweifelt. In den vorgestellten Fällen kann, wenn nötig, das chirurgische Messer noch immer angewendet werden. Auch Gummata kann der Chirurg entfernen, dennoch wird man aber zuerst zu einer spezifischen Kur greifen. Die Diagnose „Carcinom" ist in den vorgestellten Fällen mit allen Hülfsmitteln festgestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein primäres Carcinom der Mammilla, von Josef Weil. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 11.) Eine 41jährige Frau, die fünf Kinder geboren, bemerkt seit zwei Jahren eine gleiche Geschwulst der linken Brustwarze. Der Tumor ist knorpelhart, safs an der Spitze der sonst normalen Mammilla, mafs 2½—3 cm im Durchmesser und wies eine zentrale Delle auf. Oberflächlich war er ulceriert, die regionären Lymphdrüsen inficiert. Exstirpation der ganzen Mamma. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Drüsencarcinom. Verfasser hebt den Widerspruch zwischen der Annahme von der Begünstigung der Carcinombildung durch langdauernde äufsere Reize und der Seltenheit der Carcinome an der in dieser Beziehung so exponierten Brustwarze hervor

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Implantation von frischem Krebsgewebe in das Kaninchenhirn, von Wenzel Koppstein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 29. 30.) Nach einer

Rekapitulation der bisherigen Forschungen über die mikrobiäre Entstehung des Carcinoms von SCHEURLEN bis ADAMKIEWICZ und einer eingehenden Wiedergabe der Arbeiten des letztgenannten berichtet der Verfasser über seine auf Anregung des Prof. MAYDL unternommenen Implantationsversuche von Krebsmassen in das Kaninchenhirn. Von acht Tieren starben zwei, aber beide nicht infolge spezifischer Wirkung des carcinomatösen Gewebes; eins erlag einer eiterigen Encephalitis, eins einer interkurrenten Erkrankung des Respirationsapparates; die übrigen Tiere blieben gesund. Eine Katze, ein Hund, denen auch Krebstücke ins Gehirn implantiert wurden, blieben auch gesund, ebenso ein Kaninchen, dem ein Stück in die Leber gebracht war. Eine andere Katze starb an Vereiterung der ganzen linken Hemisphäre. Endlich ist auch eine Katze, in deren Leber ein Carcinomstück gebracht war, am Leben geblieben. Verfasser schliefst: 1. Bei aseptischem Operieren gelingt es, frisches Carcinomgewebe nicht nur in das Kaninchenhirn, sondern auch in das Gehirn und andere Organe von anderen Tierspecies zum Einheilen zu bringen. Die Tiere gehen keineswegs in kürzester Frist nach der Implantation durch irgend welche giftige, von den Carcinomzellen ausgeschiedene Stoffe zu Grunde. 2. Geht das Tier in kurzer Frist nach der Operation zu Grunde, so ist der Tod auf einen Verstofs gegen die Asepsis zurückzuführen.

Die erste Nachprüfung der ADAMKIEWICZschen Arbeit hat also ein absolut negatives Resultat gegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Reaktion der Carcinome, von ADAMKIEWICZ. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 30.) SPIEGLER hat behauptet, dafs Carcinome auch auf andere Substanzen als das Kankroin reagieren, und diese Reaktion durch Änderungen der Cirkulation besonders in jungen Geweben durch eine „Schädlichkeit" zu stande komme und keinen Heilwert besitze. ADAMKIEWICZ sucht das zu widerlegen. Das Neurin wirkt nach ihm nicht auf den Kreislauf, da eintretende entzündliche Reaktionen von dem variabeln Verhalten der Herde, nicht von konstanten Eigenschaften des Mittels abhängen, und ein grofser Teil der reagierenden Gebilde, so die Lymphdrüsen, ohne jede entzündliche Reaktion schwindet. Das Neurin tötet vielmehr direkt die Krebszellen und ist für den Körper keine „Schädlichkeit". Durch zwei Fälle soll das bewiesen werden. Im ersten sind Metastasen nach operativer Beseitigung des Tumors nach Kankroin geschwunden und der Kranke seit einem Jahre gesund. Im zweiten sind bereits zwei Recidive, in der Mamma und dem Uterus, bei der hoffnungslosen Patientin durch Kankroin beseitigt. Verfasser modificiert seine früher ausgesprochene Ansicht, dafs der Reaktion ein gewisser Heilwert zukomme, und manche Carcinome auf das Kankroin mit günstigem Erfolge reagieren. Er hofft, durch diese Formel den Bann zu lösen, welcher die Gegensätze der Auffassungen noch beherrscht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen in Carcinomen, von RUFFER. (*Brit. med. Journ.* No. 1662. S. 993.) Verfasser will jetzt die Parasiten nicht nur im Zellleib, sondern auch im Zellkern nachgewiesen haben; die Folsche Lösung als Härtungsmittel, 1%ige Osmiumsäurelösung und Hämatoxylin als Färbemittel bringen sie am besten zur Anschauung. Sie erscheinen als dunkelgefärbte, kleine, rundliche Körper in Gruppen zu zwei, drei und mehr im Zellkern, schwer vom Kernkörperchen zu unterscheiden. Bei weiterem Bestehen werden sie durchsichtig, ein kleiner Kern erscheint im Centrum, eine Kapsel differenziert sich. Zuweilen brechen sie aus dem Kern in das Protoplasma durch. R. will alle Stadien der Entwickelung von der Spore bis zum vollentwickelten Parasiten beobachtet haben. — (Wenn nur nicht die Phantasie bei der Deutung etwas mitgeholfen hat. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Erscheinungen der Metachromasie, welche von den in Carcinomzellen parasitierenden Sporozoen manifestiert werden, von J. Soudakewitsch. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1893. No. 14. 15.) Über 150 Carcinome, besonders Drüsencarcinome, hat Verfasser untersucht und fast stets mehr oder weniger Sporozoen in den Krebszellen gefunden; die sechs Fälle, in denen er sie vermifste, waren sämtlich Kankroide. Die Parasiten zeigen einige Eigentümlichkeiten im Verhältnis zu Färbemitteln, die Verfasser beschreibt. Hämotoxylin-Ranvier, Safranin, Methylenblau werden besprochen; mit allen hat Verfasser gute Präparate erhalten, wenn die Färbungen auch noch manches zu wünschen übrig lassen. Eine hübsche Abbildung illustriert die Befunde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall ausgedehnter Kavernombildung berichtet Maass in der Freien Vereinigung der Chirurgen in Berlin [Sitzung vom 2. Juni 1883]. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 56.) Beim Patienten bestand auf der Haut der rechten Schulter bis in die Mohrenheimsche Grube reichend ein Naevus, auf dessen Höhe zwei gröfsere und ein kleinerer Knochen safs. Der von Israel ausgeführten Excision folgte ein Narbenrecidiv, das noch viel gröfser war, oft zu Blutungen führte. Nach der erneuten operativen Entfernung, die sehr schwierig war, da das Kavernom sich bis in die Muskeln fortsetzte, die Ligaturen ausrissen, entstanden Granulationen von kavernösem Charakter. Der Läppchentransplantation folgte ein Recidiv an der Peripherie und in der Tiefe. Die Stelle am Oberschenkel, der die Läppchen entnommen sind, ist nach drei Monaten noch nicht geheilt; die Wunde ist von hypertrophischen, leicht blutenden Granulationen bedeckt. Aufserdem ist Herzhypertrophie eingetreten.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Finden sich Parasiten in Krebsgeschwülsten? von C. H. Cattle. (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1893.) Auf obige Frage kann, wie Verfasser meint, mit Bestimmtheit weder ja noch nein geantwortet werden. Er teilt im Anschlufs an die bekannten Arbeiten von Foà, Soudakewitsch u. a. seine eigenen Beobachtungen von parasitären Gebilden an Krebsgeschwülsten kurz mit. Die Gebilde hatten eine Gröfse bis zu 20 μ und zeigten deutlich die Entwickelung der Sporenbildung.
Philippi-Nieheim.

Epithelioma auf der Oberlippe eines Knaben, von Gangolphe (nach *St. Louis Med. and Surgic. Journ.* März 1893.) Der Fall betrifft einen 15jährigen Knaben, der weder hereditär belastet ist, noch Anzeichen von Skrophulose oder Syphilis zeigt. Die Krankheit hatte acht Monate zuvor mit einem schwachen Geschwüre auf der Mitte der Oberlippe begonnen.

Die mikroskopische Untersuchung stellte die Diagnose sicher. Seit der vorgenommenen Operation ist mehr als ein Jahr verstrichen, ohne dafs sich bisher Anzeichen eines Recidivs gezeigt hätten. *C. Berliner-Aachen.*

Behandlung der malignen Tumoren mit Erysipel-Inokulationen, von Coley. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Mai 1893; *Rif. med.* 1893. No. 114.) Verfasser berichtet über zehn Fälle von Sarkom und Carcinom der Haut, der Mamma, der Knochen etc., die er mit sehr günstigem Erfolge mittelst Injektionen von Reinkulturen des Erysipelcoccus in die Tumoren behandelt hat. Beim Nachsuchen in der Litteratur konnte er weitere 38 Fälle zusammenstellen, bei denen maligne Tumoren durch accidentelles oder künstliches Hinzutreten von Erysipel teils geheilt, teils gebessert wurden. C. folgert aus seinen Experimenten, dafs die kurative Wirkung des Erysipels auf maligne Tumoren über allem Zweifel stehe, dafs dieselbe eine beträchtlichere sei beim Sarkom, als beim Carcinom; dafs sie eine allgemeine sei und wahrscheinlich

von den toxischen Produkten des Streptococcus Fehleisen abhänge, die man einst isolieren und ohne Produktion von Erysipel verwenden können wird.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die chronischen Tumoren der Mamma, von Bennet. (*The Lancet.* April 1893; *Rif. med.* 1893. No. 128.) Auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen rät Verfasser, die verschiedenen, gewöhnlich als gutartig bekannten Tumoren der Brustdrüse (Adenome, Adeno-Fibrome), trotzdem dieselben zuweilen jahrelang stationär bleiben und keine Beschwerden verursachen, so frühzeitig wie möglich zu exstirpieren, da sie nur zu oft in maligne Bildungen ausarten. So hat er welche entfernt, deren Kern aus adenomatösem oder fibrösem Gewebe, deren Peripherie aus unzweideutigen Sarkomzellen bestand. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Tumoren des Ohrläppchens infolge Durchbohrung desselben, von Lassalle (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 464.) Einem 12jährigen Mädchen, das viel an Skrophulose gelitten hatte, waren vor zwei Jahren die Ohrläppchen durchbohrt. An beiden Ohrläppchen entwickelte sich nun an der Hautöffnung je ein fibröser, schmerzloser Tumor, der die Gröfse einer Nufs erlangte. Nach der Abtragung bildete sich beiderseits ein geringgradiges Keloid. *Türkheim-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die interne Behandlung des Lupus erythematosus mit Phosphor, von Duncan Bulkley. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* April 1893.) Unter 20798 Hautkranken sah Verfasser 73 mal Lupus vulgaris, dagegen 97 mal Lupus erythematosus. Kombinationen und Übergänge sah er nie. Unter den 97 Patienten waren 27 Männer und 70 Frauen, meistens im Alter von 20—30 Jahren. Die multiplen und scheibenförmigen Fälle Kaposis sah Verfasser nicht. Angewendet wurde stets Phosphor intern mit bestem Erfolge, da Eruptionen ohne lokale Behandlung zurückgingen, alte chronische Fälle vernarbten. Eine Reihe von Patienten hat Verfasser viele Jahre beobachtet. Er verordnet Phosphor nach Thompson:

Phosphor	0,5
Alc. absol.	30,0

durch Erwärmen und Schütteln zu lösen und dann mit folgender, auch zu erwärmenden Mischung zu versetzen:

Glycerin	460,0
Alkohol	60,0
Ol. Menthae	20,0

5,0 enthalten 0,04 Phosphor. Es wird mit 15 Tropfen in Wasser 3 mal täglich nach dem Essen begonnen. Die Tropfen werden in ein leeres Glas gegossen, Wasser zugesetzt und dann schnell auf einmal ausgetrunken. Allmählich steigt man auf 30—45—60 Tropfen. Die Medikation mufs bis zur erfolgten Vernarbung fortgesetzt werden. Bei Verdauungsstörungen wird ausgesetzt und in der Zwischenzeit Salpetersäure oder auch Kaliumacetat und Nux vomica gegeben. Die Wirkung des Phosphors soll durch Beeinflussung des Nervensystems zu stande kommen, da vieles für den angioneurotischen Ursprung des Lupus erythematodes spricht. Lokal hat Verfasser nichts angewendet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Alopecia atrophica, von W. Dubreuilh. (*Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 329.) Von den vier Formen des atrophierenden Haarschwunds, die Brocq aufgestellt hat, möchte D. die „Acné cheloidienne de la nuque" ausgeschieden wissen, da es sich bei ihr weder klinisch noch anatomisch um Alopecie, bezw. um Atrophie handle. Die anderen drei Formen unterzieht er einer längeren Besprechung.

Für die Pseudo-Alopecia Brocqs — eine Bezeichnung, die auch in einer neuerlichen Bearbeitung des Gegenstandes von Ducrey und Stanziale beibehalten ist — bringt er vier eigene Beobachtungen, die sämtlich Frauen betrafen, während es sich bei den Fällen der eben genannten Autoren nur um Männer handelte.

Über die zweite Form Brocqs, die sich mit der Acne decalvans von Lailler und der Folliculitis depilans von Quinquand deckt, weifs Verfasser aus eigener Erfahrung nichts zu berichten. Auf ihre klinische Ähnlichkeit mit Favus hat Brocq schon hingewiesen.

Die letzte der in Rede stehenden Formen ist die Sycosis lupoides Brocqs, oder Unnas Ulerythema sycosiforme oder Dermitis sycosiformis atrophica nach Ducrey und Stanziale. Auch D. hat schon früher unter der unzutreffenden Bezeichnung Sycosis non parasitaria einen derartigen Fall veröffentlicht. Diese Form hat mit der Pseudo-Alopecia gröfste Ähnlichkeit. Bei beiden beobachtet man dieselbe diffuse, im wesentlichen perifollikuläre Entzündung mit Ausgang in vollkommene Atrophie der Papillen, der Haarfollikel, der Talgdrüsen und sogar auch der Schweifsdrüsen. Dabei ist der Gegensatz zwischen dieser völligen Atrophie und der voraufgehenden, geringgradigen Entzündung ein auffallender. Bei der trichophytischen Sycosis besteht umgekehrt eine starke Schwellung mit beträchtlicher Eiterung der Follikel; und doch heilt diese Krankheit, fast ohne Spuren zurückzulassen. Klinisch sowohl wie pathologisch-anatomisch sind die Pseudo-Alopecia und das Ulerythema sycosiforme — diese Bezeichnung hält D. für die glücklichste, wenn er auch bezweifelt, dafs sie sich in Frankreich einbürgern wird — nahe verwandt. *Türkheim-Hamburg.*

Favusstudien (II. Teil), von Dr. Jessner-Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 26.). Im ersten Teil der Favusstudien hat J. nachgewiesen, dafs, morphologisch betrachtet, die von Unna als Achorion eutythrix (I) und Achorion atacton (III) bezeichneten Pilze identisch sind, dieselben sich aber scharf von Unnas Achorion dikroon und dem Kralschen Achorion Schoenleinii unterscheiden. Letztere beiden Pilze wiederum weisen so viel Ähnlichkeit auf, dafs sie wahrscheinlich als gleich angesehen werden können. Damit war festgestellt, dafs sich re vera morphologisch verschiedene Pilze aus dem Favus züchten lassen. Es mufste nun aber bewiesen werden, dafs diese Pilze in einem ursächlichen Verhältnis zum Favus stehen, d. h. dafs morphologisch-verschiedene Hyphomyceten Favus zu erzeugen vermögen. Die Versuche ergaben nun, dafs Achorion eutythrix und Achorion atacton identisch sind. Ferner konnte J. bei den Favuskrankheiten, die verschiedenen Pilzen ihre Entstehung verdanken, keine Verschiedenheiten konstatieren. Ob es überhaupt morphologisch verschiedene Favuspilze giebt, kam er, wie Unna und Quincke und andere, zu einem bejahenden Resultate. Achorion eutythrix, resp. Achorion atacton einerseits, Achorion dikroon andererseits sind morphologisch vollkommen verschiedene Pilze und beide erzeugen Favus. Jedenfalls sind die Lebensbedingungen für die Pilze auch nicht die gleichen, denn der eine haftet leichter, der andere schwerer, der eine bevorzugt diese, der andere jene Tierklasse. *L. Hoffmann-Berlin.*

Myxödem, von Kühner. (*Der ärztl. Prakt.* 1893. No. 26.) Verfasser giebt ein gedrängtes Referat über das Myxödem unter Berücksichtigung der Substitutionstherapie mittelst des Schilddrüsenextraktes. Von Interesse ist es, dafs der günstige Einfluſs, den dasselbe auf Haut und Haare ausübt, Bramwell und Murray veranlafst hat, auch bei anderen Leiden der Haut das genannte Extrakt zu benutzen. Bei Psoriasis wollen dieselben gute Erfolge erzielt haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kontagiosität und Prophylaxe des Favus, von Sabrazès. (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1893. No. 5.) Verfasser stellt 41 Krankengeschichten zusammen, aus denen die

eminente Kontagiosität des Favus hervorgeht. Die Bedeutung einer solchen für Schulen, Spitäler etc. liegt klar auf der Hand, ebenso die Wichtigkeit einer streng durchgeführten Prophylaxe. Durch Kultur- und Impfversuche konnte Verfasser die Leichtigkeit der Übertragung des menschlichen Favus auf Tiere (Katze, Maus) nachweisen; dieselben tragen demnach in hohem Maſse zur Verbreitung der Affektion bei.

Die Therapie des Favus resumiert sich in den beiden Postulaten: Epilation und antiseptische Waschungen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Sclerema neonatorum, von J. L. Porteous. (*New York med. Journ.* 1893. April 22.) Mitteilung eines einschlägigen Falles mit tödlichem Ausgang am sechsten Tage etc. Die Haut war an den Beinen, Armen, Händen, Schultern und der Brust eigentümlich gespannt und machte den Eindruck eines auf einem Rahmen aufgespannten Stückes Gummi elasticum. Die Farbe variierte zwischen tief blaurot und hellrosa. An den Brustorganen war nichts Abnormes zu konstatieren. Es bestand sehr hartnäckige Obstipation. *Philippi-Nieheim.*

Über die Myxödemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit der innerlichen Darreichung von Schilddrüsenextrakt (vom Hammel), von Rehn. (*XII. Kongr. f. innere Med.* 12.—15. April 1893.) Das Myxödem der Kinder, von englischen Ärzten „sporadic cretinism“ genannt, zeigt alle Symptome des Myxödems des späteren Alters, zu denen noch als charakteristisch die Wachstumshemmung hinzutritt. Trockene, rauhe, schilfernde Haut von gelblicher Farbe und trockenes, struppiges Kopfhaar; Aufpolsterung der Haut durch myxödematöse Infiltration, besonders an den Lidern, Lippen, über den Jochbeinen, über den Schlüsselbeinen, hinten auf der Schulterhöhe, längs der Rückenstrecker, am Gesäfs, an den Extremitäten; Verdickung der zuweilen zwischen die Zähne vorgelagerten Zunge, Fehlen der Schilddrüse; Abnahme der Intelligenz und Willensäufserung; Verlangsamung der Sprache; mechanische Behinderung des Ganges; gänzliche Anidrosis; geringer Appetit; Obstipation; Zurückbleiben des Wachstums um $^1/_4$ und mehr. Alle diese Erscheinungen zeigten zwei vorgestellte Kinder von 4—7 Jahren aus verschiedenen Familien; sie sind aber staunenswert zurückgegangen nach 8wöchentlichem Gebrauch von Schilddrüsenglycerinextrakt nach White, täglich 10 Tropfen. Die Haut ist glatt, normal gefärbt, das Kopfhaar weicher, die myxomatöse Infiltration fast geschwunden; die Kinder sind lebhafter, sprechen deutlicher, gehen besser; schwitzen zeitweise; das Gewicht hat stark abgenommen. — Ein auch vorgestellter Fall, 14jähriges Mädchen, dem ein Stück Schilddrüse eines Menschen an normaler Stelle transplantiert und eingeheilt war, zeigt auch Besserung, aber nicht so erhebliche. Bei der Operation erwies sich die Schilddrüse des Kindes als bindegewebiger Strang, über den ein starkes Venennetz hinwegzog. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Poncet (*Presse méd. belge.* 1893. No. 28) berichtet über den auffallend günstigen Erfolg, den er in einem Falle von **Myxödem mittelst der Exothyreopexie** erzielte. Die Operation besteht darin, dafs die Thyreoidea aus der Tiefe hervorgeholt, aber in Zusammenhang mit ihren tiefen Adhärenzen belassen, zwischen die Wundränder gezogen, mit Jodoform bestreut und mit einem Verbande bedeckt wird. Dadurch sollten die für die Ernährung der nervösen Elemente so wichtigen Drüsen aus ihren Fesseln gerissen und befreit werden. Jedenfalls mufs das Resultat als ein glänzendes bezeichnet werden, indem die myxödematöse Schwellung des Gesichtes und der Glieder wesentlich abnahm und der sehr heruntergekommene geistige Zustand sich in erstaunlicher Weise besserte. *C. Müller-Freiburg* (Schweiz).

Über einen Fall von Morvanscher Krankheit, von EISENLOHR-Hamburg. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 25.) Der vorgestellte Fall (Hamburger ärztlicher Verein) zeigt die Erscheinungen der Morvanschen Krankheit, als deren auffälligstes die wiederholte Panaritienbildung erscheint, zu der sich dann motorische Schwäche, Sensibilitätsstörung, Muskelatrophie gesellen. Die Sensibilitätsstörung betrifft bekanntlich nur Schmerz- und Temperaturgefühl, während das Tastgefühl intakt bleibt. Der 21jährige, hereditär nicht belastete Patient zeigte zuerst Blasenbildungen an den Fingern der linken Hand, die zur Entwickelung von Panaritien führten, sich in unregelmäfsigen Intervallen wiederholten und immer mehrere Wochen andauerten. Dabei bestand tiefe Analgesie, leichter Tremor beim Ausstrecken der linken Hand, Fehlen des Tricepsreflexes; keine Abmagerung. Temperaturempfindung sehr herabgesetzt. Sonst ist auffallend, dafs an der unteren Körperhälfte die Sehnenreflexe rechts, die Hautreflexe links gesteigert sind. Nach Pilokarpin schwitzt die linke Gesichtshälfte bedeutend mehr als die rechte; an den oberen Extremitäten war kein Unterschied wahrzunehmen. Dasselbe Verhalten, aber auch das entgegengesetzte ist schon beobachtet. Skoliose besteht nicht, nur erscheint der Dorsalteil der Wirbelsäule etwas stärker gewölbt. Dafs eine Syringomyelie im Halsteil des Rückenmarkes dem Leiden zu Grunde liegt, ist besonders durch zwei von JOLLY und ACHARD publicierte Fälle bewiesen. In beiden bestanden allerdings auch Alterationen der peripheren Nerven, die aber nicht für die Syringomyelie verantwortlich sind. Die Kombination der spinalen Gliose und periphere Neuritis könnten die trophischen Störungen bedingen (JOLLY). In diesem Falle spricht die Anomalie der Reflexe an der unteren Körperhälfte für spinale Veränderungen. Interessant ist das isolierte Vorkommen dieser Veränderungen an der unteren Körperhälfte, wie sie MARCHIAFAVA und BIGNAMI berichten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fälle von Favusinfektion durch Tiere, von S. SHERWELL. (*Americ. veter. Review.* Novbr. 1892.) Zwei blühende junge Mädchen hatten sich an den Armen, Hals und Brust einen ausgesprochenen, charakteristischen Favusausschlag durch Berührung mit ihren Schofshunden zugezogen. Nachforschungen ergaben, dafs diese Tiere ihrerseits das Leiden von favuskranken Mäusen, von denen einzelne auch eingefangen wurden, acquiriert hatten. Ferner wird von einem Stallknecht berichtet, der offenbar direkt durch (später eingefangene) Mäuse inficiert wurde. Aufserdem werden einige Fälle von Übertragung von Herpes tonsurans auf Kinder durch Katzen mitgeteilt. Zur Behandlung des Favus empfiehlt Verfasser einige Tropfen Ol. cadini mit 5% Ol. hydrarg. und Ol. amygdal. dulc. ā 15,0, nach sorgfältiger Reinigung mit verdünntem Linim. saponis gründlich einzureiben. *Philippi-Nieheim.*

Alopecia areata, von MONTGOMERY. (*Pacific medic. Journ.* April 1893.) Verfasser unterscheidet vier Klassen der Alopecia areata:

I. Alopecia universalis.

II. Alopecia localis sive neuritica.

III. Alopecia circumscripta seu orbicularis (kreisrunde, stets kleine linsen- bis erbsengrofse kahle Stellen mit deutlich herabgesetzter Sensibilität).

Die vorstehenden drei Klassen sind neuropathischer Natur.

IV. Alopecia areata parasitica.

Verfasser beschreibt je einen Fall der I. und IV. Klasse, bespricht die Therapie und die Differentialdiagnose. *C. Berliner-Aachen.*

Die Beseitigung variköser Geschwüre, von REBOUL. (*Sem. méd.* No. 36.) Verfasser reinigt zuerst die Wunde durch Kompressen mit sterilisierter, oder mit

van Swietenscher Lösung, Quecksilberbijodid, Quecksilbercyanid durchtränkter Gaze Nach 4—5 Tagen, wenn Granulationen aufgewuchert sind, kommt der trockene antiseptische Verband: Jodoformpulver oder Jodoform- (resp. Salol-) Gaze, darüber Watte, Taffet oder Guttaperchabinde. Verbandwechsel erst nach 15—20 Tagen. Ist die Wunde dann noch nicht vernarbt, wird der Verband erneuert. Wo die Wunde sehr schwer zu desinficieren ist, ist mit Naphtolkampfer getränkte Gaze am Platze, daneben Occlusivverband. Mit diesem Verfahren hat er zwei sehr veraltete Unterschenkelgeschwüre nach 4, resp. 6 Wochen unter einem Verbande geheilt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von circumskripter idiopathischer Atrophie der Haut (illustriert), von R. W. Taylor. (*Journ. cut. and gen. ur. dis.* April 1893.) Bei einer 26jährigen Dame mit brünettem Teint hatte sich ohne erkennbare Ursache hinter dem rechten Ohre eine weifsliche Verfärbung bemerkbar gemacht, als ob der betreffende Teil in der Ausdehnung von etwa $^3/_4$ der Gröfse der Ohrmuschel mit konzentrierter Karbolsäure betupft worden war. Nach ca. 3 Jahren, als Verfasser den Fall zuerst sah, hatte sich die Läsion nur wenig verändert, unter indifferenter Behandlung entwickelte sich an der betroffenen Stelle ein matt bräunliches Pigment. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Hautstückchens ergab eine einfache Atrophie der Haut nebst cystischer Entartung der Haarfollikel und Talgdrüsen. Verfasser macht auf den Unterschied zwischen solcher idiopathischen Atrophie und dem Sklerodern und den lineären Atrophien aufmerksam. Er teilt kurz auch einen Fall von Sklerodern bei einem 6jährigen Mädchen und einen dem vorliegenden ähnlichen Fall von Hautatrophie (multipel) bei einer 45jährigen Frau mit. *Philippi-Nieheim.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Ätiologie der Cystitiden, von R. Wreden. (*Botkins Spitalztg.* 1893. No. 17.) Doyen, Rovsing, Schnitzler etc. haben die Cystitis auf Mikroorganismen des Darmkanals, vornehmlich auf das Bact. coli commune zurückgeführt. Verfasser vermutete nun, dafs die Infektion der Harnblase nicht durch den Blutkreislauf, sondern direkt vom Rectum nach Läsion des Epithels zu stande kommt, was ja beim Manne denkbar wäre. Seine an männlichen Kaninchen angestellten Experimente führten ihn zu folgenden Schlüssen:

1. Eine Verletzung der Schleimhaut in den hintersten Teilen des Rectums ruft keine Blasenentzündung hervor.

2. Wird die Schleimhaut in der Höhe der Prostata verletzt, dann läfst sich stets eine Entzündung der Harnblase konstatieren.

3. Der Grad des Entzündungsprocesses und der Verlauf desselben hängt vom Grade der Verletzung der Rektalschleimhaut und dem Charakter des Entzündungsprocesses ab.

4. Bei allen Blasenentzündungen wurden im Harne verschiedene Arten der im Darmkanal vorkommenden Mikroorganismen gefunden, auch diejenigen, welche in das Rectum eingeführt worden sind.

5. Führt man in das Rectum nach Verletzung der Schleimhaut Fettsubstanzen ein, Vaselin etc., dann läfst sich ein Übergang derselben in die Blase konstatieren.

Nähere Angaben sollen folgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Poncet führte bei einem 39jährigen Patienten, der sich zu masturbatorischen Zwecken eine Schnur in die Urethra eingeführt hatte und nicht mehr entfernen konnte, die **perineale Urethrotomie** aus. Die Schnur war 6 Wochen in der Harnröhre gewesen und hatte schliefslich zu ausgedehnter Phlegmone und beginnender

Gangrän geführt. Die Urethralschleimhaut war bis auf geringe Reste vollständig zerstört. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1893. No. 27; *Rif. med.* 1893. No. 130.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Elektrolyse bei Strikturen der Harnröhre, von TUFFIER. (*Société de Chir. — Le Bullet. méd.* Juni 1893. *Therap. Blätter.* 1893. No. 6.) Die Versuche des Verfassers mit der Elektrolyse bei Stenosen der Urethra lehren, dafs die Anwendung starker Ströme (20—25 M. A.) die Recidive nicht verhindern und, wenn sie schon nicht schadeten, jedenfalls den anderen Dilatationsmethoden nicht überlegen ist. Eine Klärung wird erst erfolgen, sobald man gelernt haben wird, die verschiedenen Arten der Strikturen zu unterscheiden und zu berücksichtigen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Histologie der Prostata-Carcinome, von K. EXNER. (Dissert. Greifswald 1892.) Die diesbezügliche Litteratur wird einer kurzen Besprechung unterzogen. Im allgemeinen sind primäre Prostatakrebse sehr selten. Erst in späteren Stadien, nachdem das Prostatacarcinom lange Zeit rein lokal geblieben ist, pflegt es auf den Blasenhals, die Samenbläschen und zuweilen auch auf das Rectum überzugreifen. Carcinomatöse Entartung der benachbarten Inguinaldrüsen kommen hierbei wohl vor, dagegen sind Metastasen in entfernten Organen sehr selten.

Was die Histologie dieser Carcinome betrifft, so glaubt WYSS, dafs das Stroma sich passiv verhalte, während die eigentlichen Krebszellen eine sehr üppige Wucherung zeigten. Im Gegensatz zu ihm behauptet BIRCH-HIRSCHFELD, dafs in den von ihm untersuchten Fällen wiederholt sehr reichliche rundzellige Stromawucherung vorhanden gewesen sei. Die Carcinomzellen, welche gröfstenteils in Form länglicher Züge und Schläuche angeordnet wären, zum Teil aber auch in ungeordneten Haufen lägen, wären von unregelmäfsig cylindrischer Form.

Als Ursachen der Geschwulstbildung werden chronische Reizungen der Urethra und Blase angenommen. BIRCH-HIRSCHFELD hält den Zusammenhang der Prostatavergröfserung mit variköser Erweiterung der Venen in diesem Gebiete für wahrscheinlich.

Was die Struktur dieser Krebse betrifft, so scheinen die Medullarkrebse in der Prostata häufiger vorzukommen, als die bindegewebsreichen scirrhösen Formen.

Verfasser teilt den makroskopischen und mikroskopischen Befund eines Falles von Primärcarcinom der Prostata mit, welches unter Metastasenbildung in der Leber und der Pleura pulmonalis im Stettiner Krankenhause letal verlaufen ist.

C. Berliner-Aachen.

Vorläufige Mitteilung über einen neuen menschlichen Parasiten, von MIYAKE und SCRIBA. Aus der Klinik in Tokio (Japan). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 16. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 58.) Ein 37jähriger Mann litt vor 15 Jahren einige Tage, vor längerer Zeit einige Monate, jetzt wieder seit 7 Monaten an Fibrinurie und Hämaturie, so dafs er hochgradig anämisch wurde. Verfasser fanden im Urin achtbeinige Milben und Eier, die in der Niere ihren Sitz zu haben schienen. Sie nannten die Milbe Nephrophages sanguinarius, sie ähnelt am meisten dem Dermatocoptes communis. Das Männchen ist ein Viertel so lang, wie der Sarcoptes hominis, das Weibchen fast ebenso lang, beide aber nur halb so breit. Verfasser halten diese Milbe für die Ursache der tropischen Fibrinurie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Vegetationen der weiblichen Geschlechtsorgane, von RICHARD D'AULINAY. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 298.) AULINAY unterscheidet, nach den verschiedenen Ursachen, drei Formen von Wucherungen an den weiblichen Geschlechtsorganen: 1. solche, die durch die Schwangerschaft bedingt sind; 2. solche, die infolge von Sekreten aus Harnröhre, Scheide oder After entstehen, und 3. solche,

die in einer Dyskrasie, wie Diabetes oder Tuberkulose, ihre Ursache haben. Anatomisch sind sämtliche Vegetationen aufzufassen als eine Hyperaktivität der Hautpapillen; diese wird ihrerseits wieder durch die Acidität der verschiedenen Sekrete, namentlich des Trippereiters hervorgerufen. Eine alkalische Reaktion der Sekrete fand Verfasser nur in seltenen Fällen, die betreffenden Frauen zeichneten sich durch eine besondere Unreinlichkeit aus. Eine gründliche und dauernde Entfernung der an und für sich ganz harmlosen Neubildungen ist deshalb erforderlich, weil sie zu Entzündungen sehr geneigt sind und unter Umständen zu ernsteren Erkrankungen, wie Infektion, Ulceration, Lymphangitis u. s. w., führen können.

Für die Abtragung dieser Gewächse sind nun die verschiedenartigsten Methoden angegeben: Pulver, ätzende Lösungen, Pasten; operative Eingriffe mit Messer, Schere oder Unterbindungsfaden, mit scharfem Löffel und Kurette u. s. w. Verfasser beschreibt alle diese verschiedenen Heilverfahren, ihre Vorzüge und Nachteile und giebt zum Schluſs die eigenen, bewährten Methoden an: Äuſserlich wasche man die erkrankten Teile mit Liquor Natrii chlorati, um das saure Sekret zu neutralisieren; bisweilen erzielt man hiermit allein Stillstand und selbst Rückbildung der Vegetationen. Wo dies Verfahren nicht ausreicht, trage man die kleineren und mittelgroſsen Wucherungen, gleichviel, ob sie gestielt oder ungestielt sind, mit einer Schere ab; dieser kleine Eingriff läſst sich mit Hülfe des Äthylchlorürs schmerzlos vornehmen. Die groſsen Vegetationen entfernt man mittelst Thermokauters in der Chloroformnarkose. Die Warzen an der hinteren Urethra sind die einzigen, die sich mittelst Kokain anästhesieren lassen und die man dann mit der Kurette wegkratzen mag. Um Rückfälle zu verhindern, sind die Sekrete möglichst zu unterdrücken, die Waschungen mit Liquor Natrii chlorati fortzusetzen. Innerlich sollen die Patientinnen, um die Körpersäfte zu alkalinisieren, eine Zeitlang 2,0—5,0 Natrium bicarbonicum täglich nehmen.

Die Schwangerschaft bildet kein Hindernis für die operative Entfernung der Vegetationen; nur soll man hier, wegen der Gefahr einer Blutung, die Neubildungen erst eine Zeitlang unterbinden, um die Gefäſse zu atrophieren.

Türkheim-Hamburg.

Kasuistische Mitteilungen von Rudolf Frank. Aus der ersten chirurgischen Klinik des Hofrates Professor Albert. (*Intern. klin. Rundsch.* 1893. No. 22.)

1. **Vollständige, quere Ruptur der Urethra, Naht, Heilung per primam.** Der 33jährige Patient wurde durch einen Windstoſs gegen das Prelleisen einer Gaslaterne geworfen, so daſs er mit dem Perineum auf dasselbe stieſs. Er lieſs bald darauf ohne besondere Schwierigkeit blutigen Urin. Am Perineum fand sich ein Hämatom. Der Metallkatheter ging leicht in die Blase, wurde aber sofort durch ein Coagulum verstopft. Perinealincision. Die Urethra war dicht hinter dem Bulbus zerrissen, so daſs die Enden 2 cm voneinander abstanden. Naht der Urethra, des periurethralen Gewebes und einesteils der Hautwunde; glatte Heilung. Die Glätte der Riſsränder sprach dafür, daſs es sich um eine Zerreiſsung, nicht um eine Zerquetschung handelt, wie Kaufmann meint. Die Fascia perinei propria war auch zerrissen. Auffallend ist in diesem Falle das spontane Urinieren, das glatte Hineingehen des Katheters, der das zentrale Ende von sich einstülpt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Berichtigung.

Auf Wunsch des Herrn Kollegen Seifert-Würzburg berichtige ich hierdurch gerne, daſs seine in der Diskussion über den Vortrag des Kollegen Epstein-Nürnberg während der 65. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Nürnberg (Bd. XVII, Heft 8) gemachte Bemerkung über die eosinophilen Zellen sich nur auf ihre diagnostische Bedeutung bezog.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 11. 1. Dezember 1893.

Purpura recurrens.

Von

A. Ravogli-Cincinnati.

Mit dem Namen Purpura pflegt man eine jede Affektion zu bezeichnen, bei welcher die Haut hämorrhagische Flecke aufweist. Dieser Name giebt jedoch gar keinen Aufschluſs über den Ursprung der Blutung, ob dieselbe die Folge einer Stase oder Dyskrasie des Blutes sei oder etwa das Resultat einer Zerreiſsung von Blutgefäſsen (Rhexis) oder einer Auswanderung von Blut durch die Gefäſswände hindurch (Diapedesis). Purpura ist ebenso, wie Husten oder Ödem, nichts anderes als ein Symptom und gewährt an und für sich keinen Hinweis auf den ihm zu Grunde liegenden krankhaften Vorgang. Dementsprechend finden wir, daſs jeder den Gegenstand behandelnde Autor durch Hinzufügen von Beiwörtern mehrere Gruppen und Unterarten der hämorrhagischen Hautausschläge zu differenzieren versucht hat. So hat Willan eine Purpura simplex, senilis, cachectica, urticans und febrilis unterschieden.

Meine Besprechung wird sich auf Purpura simplex beschränken, von der ich zwei Fälle beschreiben will, da dieselben wegen der häufigen und plötzlichen Recidive mir mitteilenswert zu sein scheinen. Diese sich in auffälliger Häufigkeit wiederholenden Recidive veranlaſsten mich, die Bezeichnung Purpura recurrens zu wählen. Keiner der Fälle zeigte jemals irgend welches Fieber, noch auch Hämorrhagien aus den Schleimhäuten. Die Kranken stammten aus gesunden Familien; ihre Konstitution lieſs keine besondere Diathese erkennen, und auch im Urin fanden sich keine Abnormitäten, welche die Ursache der recidivierenden Pupura klargelegt hätten.

Frau A. G., 22 Jahre alt, Tochter gesunder und robuster Eltern, verheiratet, hatte sich stets der besten Gesundheit erfreut, hatte niemals Rheumatismus gehabt und war stets regelmäſsig menstruiert gewesen. Sie hatte ohne nachweisbare Ursache abortiert und war im Anschluſs daran sehr krank gewesen. Als sie sich in der Rekonvalescenz befand und anfing, wieder aufzustehen, bemerkte sie gleich, daſs ihre Beine mit bräunlichen Flecken bedeckt waren. Gegen Abend waren die Extremitäten geschwollen und ödematös. Varicen waren nirgends nachzuweisen. Die

Kranke hatte antirheumatische Mittel erhalten, befand sich aber immer schlechter dabei. Nach einigen Tagen fingen die Purpuraflecke zu verschwinden an; als sie aber die Störung für beseitigt hielt, trat plötzlich eine neue und intensivere Attacke mit viel dunkleren und gröfseren Hämorrhagien auf. Im ganzen hielt das Leiden mit mehreren Recidiven acht Monate lang an. Die verordneten Medikamente enthielten fast ausschliefslich salicylsaures Natron und Jodkalium. Als ich zu dem Falle hinzugezogen wurde, fand ich eine sehr blasse Frau mit der für Anämie charakteristischen, weifslichen Farbe der Schleimhäute. Der Urin zeigte keine Spur von Eiweifs. Der Stuhlgang war ziemlich retardiert. Die Beine waren von den Füfsen bis zu den Oberschenkeln mit grofsen hämorrhagischen Flecken besetzt, und die Knöchel zeigten ödematöse Schwellung.

Es war einleuchtend, dafs die Purpura die Folge der Anämie war, und demgemäfs wurden nunmehr Eisenpräparate mit Strychnin verordnet. Die Beine wurden behufs Beschleunigung der Cirkulation zweimal täglich mit einer alkoholischen Mischung eingerieben, und es wurden während des Tages Gummibinden getragen, um einen konstanten, mäfsigen Druck auszuüben. Nach sechs Wochen waren das Ödem und die Purpura vollständig verschwunden, und die Dame hatte in Beziehung auf ihr Allgemeinbefinden sichtlich gewonnen. Die Purpura kehrte nicht wieder, und sei mehreren Jahren ist ihr Gesundheitszustand stets ein vorzüglicher gewesen.

Herr Ch. D., 37 Jahre alt, ein kräftiger, blühender Mann, war stets kerngesund und hat eine vortreffliche Körperkonstitution. Die einzige Affektion, wegen deren ich ihn zu behandeln gehabt hatte, war ein Ekzem des Penis und Scrotum, das aber unter äufserlichen Applikationen bald abheilte. Seine Frau lag mit einem Gebärmutterkrebs schwer danieder, und er pflegte sie nachts natürlich unter Anspannung seiner letzten Kräfte. Über Tag ging er seinem Geschäfte nach. Durch die Schlaflosigkeit, das lange Stehen, die Unregelmäfsigkeit der Mahlzeiten und die unausgesetzten Sorgen wurde seine Widerstandsfähigkeit erheblich auf die Probe gestellt, und er verlor allmählich sein gesundes Aussehen. Seine Schleimhäute fingen an etwas blafs auszusehen, und an den Knöcheln war namentlich gegen Abend eine Anschwellung zu bemerken. Nach diesen Vorboten stellte sich auch Purpura ein. Petechien traten plötzlich hervor, hielten einige Tage lang an, und sobald sie zu verschwinden anfingen, stellte sich wiederum ein Recidiv ein. In dieser Weise waren mehrere Monate hingegangen. Bei jedem neuen Recidiv hatte er auch über Schmerzen in den Beinen zu klagen, und aus diesem Grunde hielt man die Purpura für die Wirkung einer rheumatischen Diathese. Deswegen hatte die Behandlung in der Darreichung grofser Dosen Jodkalium bestanden.

In dieser Verfassung kam er zu mir; er war ziemlich anämisch, und beide Beine waren vom Fufse bis zum Knie mit verschieden grofsen Petechien bedeckt. Die Knöchel waren ödematös. Die Untersuchung des Urins ergab keine Spur von Eiweifs, und es blieb keine andere Ursache für die Purpura übrig, als eben die Anämie.

Verordnet wurde Tinct. ferri mit Tr. nucis vomic. in den üblichen Dosen, und die Beine wurden zweimal täglich mit einer roborierenden, alkoholischen Lösung eingerieben. Aufserdem trug der Patient tagsüber, während er seinen Geschäften nachging, eine Gummibinde, um einen gleichmäfsigen und konstanten Druck einwirken zu lassen.

Bei dieser Behandlung besserte sich sein Gesamtbefinden erheblich; die Petechien verschwanden, und das Ödem kehrte nicht wieder. Es ist jetzt sieben bis acht Monate her, seit er aus der Behandlung entlassen wurde. Recidive hat er nicht wieder gehabt, seine Gesundheit ist vielmehr so gut, wie ehemals.

Ich habe diese beiden Fälle nur mitgeteilt, um zu zeigen, dafs die

Anämie das wirksamste Agens bei der Erzeugung von Purpura bildet. Ein solcher anämischer Zustand, worunter man gewöhnlich eine minderwertige Beschaffenheit des ganzen Organismus versteht, kann durch verschiedene, sowohl auf die Blutmischung, als auch auf die Gefäfswände einwirkenden Faktoren erzeugt werden. Wie alle anderen Körpergewebe werden die Blutgefäfse vom Blute ernährt, und wenn dieses Blut der ernährenden Eigenschaften entbehrt, so werden notwendigerweise die Auskleidungen der Blutgefäfse in ihrer Ernährung leiden, und infolgedessen wird ihre Stärke und Kontraktilität herabgesetzt sein. Glass[1] sucht die Ursache der Purpura in der durch Verminderung der löslichen Kalksalze bedingten Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes oder auch in der auflösenden Eigenschaft der im Überschufs vorhandenen Salze, wie die alkalischen Phosphate und Karbonate.

Wie ich aber bereits hervorgehoben habe, müssen wir die Ursache der Anomalie nicht nur im Blute suchen, sondern auch in dem Grade der Festigkeit der Blutgefäfse dem Drucke der Blutsäule gegenüber. Bei unseren Fällen handelte es sich nicht um Rhexis oder das Einreifsen der Kapillaren, sondern die Ursache ist in der Diapedese, dem Austreten der roten Blutkörperchen durch die Wände der Kapillaren hindurch zu finden. Es giebt Fälle von Purpura, bei denen das Blut durch das Vorhandensein toxischer Substanzen seiner Zusammensetzung nach vollständig verändert ist. Dennig beschreibt Fälle[2] von Pyämie mit Petechien und Blutungen in der Haut, bei denen er in den Bläschen und Blasen hämorrhagische Flüssigkeit nebst serös-eiterigem Exsudat nachweisen konnte. Bei der Untersuchung des Blutes gelang es aber nicht, den Nachweis von Mikrobien zu liefern, wie solche im Pleuraerguls gefunden wurden, und er schliefst hieraus, dafs die Veränderungen des Blutes durch das Vorhandensein verschiedener Toxine bedingt seien.

Zu ähnlichen Schlüssen gelangte auch Köbner jun., welcher in der dermatologischen Gesellschaft in Berlin über einen Fall von Purpura haemorrhagica bei einem jungen Mädchen mit schwerer Albuminurie und Leukämie berichtete. Die Kranke hatte Blut erbrochen und auch mit dem Stuhlgange entleert. Intravenöse Injektionen mit dem Blute dieses Mädchens bewirkten bei Kaninchen ebenfalls Purpura, woraus geschlossen wird, dafs das Blut toxische Substanzen enthielt.

Lewin erwähnt bei der Besprechung dieses Gegenstandes die bei Metallvergiftungen beobachteten Purpurafälle, bei Intoxikationen mit Phosphor und Ammoniak.

---

[1] Zur Ätiologie und Therapie der Bluterkrankheit und verwandter Zustände. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1892.)

[2] *Über septische Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der kryptogenetischen Septikopyämie.* Leipzig 1891.

VOITURIER (*Ann. de derm. et de syphil.* 1892) hat Purpuraflecke der unteren Extremitäten gesehen bei einem jungen Manne, der im Verlaufe einer sechstägigen Pneumonie fast drei Tage hindurch blutigen Stuhlgang hatte. Der Kranke genas, doch blieb ein Ödem der Füfse und Beine noch längere Zeit bestehen. VOITURIER schliefst hieraus, dafs Pneumokokken ins Blut übergetreten seien und zur Entstehung der Purpura Anlafs gegeben hätten.

Dr. W. OSLER (*New York med. Journ.* 1889) hat eine Reihe von Fällen als Purpura rheumatica zusammengestellt. Es handelt sich dabei um leichte Gelenkschmerzen, etwas Diarrhoe, welches Symptom aber auch fehlen kann, obgleich es sich bei Kindern, die an Rheumatismus gelitten haben, öfters findet. Ferner giebt es Fälle von Polyarthritis acuta mit Pupura urticans, der Peliosis rheumatica SCHÖNLEINS entsprechend, und andere schliefslich, die sich als Gelenkleiden und Purpura im Verein mit intensiven gastro-intestinalen Störungen, Hämorrhagien aus den Schleimhäuten, Albuminurie und tödlicher Nephritis dokumentieren. Bei diesen Fällen erkennt er zwar den Rheumatismus als einen mitwirkenden Faktor an, doch schliefst er den Gedanken nicht aus, dafs ein giftiger Stoff sich im Verdauungskanal entwickeln könne, und dafs diese beiden Agentien zusammen den Symptomenkomplex hervorrufen.

ABELMAN (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1892) beschreibt einen Fall von Purpura bei einem sechsmonatlichen Kinde, das an Rheumatismus und Gelenkentzündungen erkrankte, und dessen Haut mit Petechien bedeckt war.

Ohne allen Zweifel können giftige Substanzen, die durch das Vorhandensein von Kokken im Organismus entstanden sind, auf die Blutkörperchen und deren wichtigsten Bestandteil, das Hämoglobin, derartig einwirken, dafs Purpuraflecke infolge der gesteigerten Verflüssigung des Blutes zur Entwickelung kommen. Wir sehen Purpura bei schweren Pockenfällen, bei den schwarzen Blattern, bei Scharlach, Masern, bei der asiatischen Cholera und bei schweren Pyämiefällen, mit einem Wort, bei allen Infektionskrankheiten, bei denen die Blutkörperchen oder deren Inhalt, das Hämoglobin betreffs der inneren Zusammensetzung pathologisch ergriffen wird. Bei Kindern ist Tuberkulose manchmal die Ursache eines Purpuraausbruches, wofür Dr. RACHFORD (*Med. News*) zwei Fälle anführt. Auch bei Influenza sieht man, wie W. L. MUNRO (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* 1891) hervorhebt, zuweilen Purpuraflecke und Ödem der Beine.

Die roten Blutkörperchen werden im allgemeinen durch die physiochemische Beschaffenheit des Plasmas, des Serums, oder überhaupt der umgebenden Flüssigkeit beeinflufst. So wissen wir, dafs bei der Verdünnung des Blutes mit Wasser die Blutscheibe letzteres absorbiert und kugelförmig anschwillt, bis nach der Beseitigung solcher Verdünnung das

Blutkörperchen seine normale, scheibenförmige Gestalt wieder annimmt. Umgekehrt schrumpft bei der Eindickung des Serums das Blutkörperchen unter Abgabe von Wasser zusammen und nimmt verschiedene, eigentümliche Formen an. Die Gewebsveränderungen, welche bei den Vorgängen der Ernährung und der Inanition sich abspielen, üben einen wesentlichen Einfluſs auf das Plasma aus, welches auch sonst öfters Veränderungen erleidet. Obgleich es sehr schwer ist, den Lebensvorgängen der Blutkörperchen zu folgen, so wissen wir doch, daſs bei den Lebensprozessen des Organismus viele von ihnen täglich zu Grunde gehen. Das Hämoglobin erleidet einen Übergang in Hämatin und zeigt in Gestalt von Bilirubin in den Gallenfarbstoffen seine letzten Spuren; täglich aber werden, wo dies nun im Körper sein mag, eine groſse Menge neuer, roter Blutkörperchen zum Ersatz der alten gebildet, um auf diese Weise das wunderbare Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Wir können sogar beobachten, wie nach akuten Anämien infolge schwerer Hämorrhagien die Zahl der roten Blutkörperchen unter unseren Augen zunimmt, bis die normale Zahl wieder erreicht ist.

Nun besteht aber das Blut nicht aus roten Blutkörperchen allein, sondern es giebt auch weiſse Blutkörperchen und ferner das Plasma. Die in letzterem enthaltenen Proteinsubstanzen, das Sero-Albumin und das Paraglobulin, erleiden in Bezug auf Quantität und Qualität so zahlreiche Veränderungen, daſs schon auf diese Weise und in dem entsprechenden Grade das Blut zahlreiche Umwandlungen in der Plasticität durchmacht. Es ist aber demgemäſs gar kein Wunder, wenn wir nicht im stande sind, die genauere Ursache anzugeben, weshalb die Blutkörperchen oder der Farbstoff durch die Wände der Blutgefäſse hindurchdringen.

In vielen Fällen war das vorherrschende Symptom zweifelsohne die Anämie, und die Ursache der Purpura war in diesem, gewöhnlich als Blutarmut bezeichneten Zustande zu suchen. Die Anzahl der Blutkörperchen ist herabgesetzt und somit gleichzeitig das Hämoglobin, der eisenhaltige Bestandteil des Blutes. Und hierzu will ich die Bemerkung nicht unterlassen, daſs der innere Gebrauch von Eisen allein die Besserung im Gesamtbefinden und das Verschwinden der Purpura herbeiführte.

Bei unseren beiden Fällen bestand ein geringer Grad von Ödem an dem unteren Teile des Beines, und es scheint, daſs Ödeme sehr häufig in einer gewissen Beziehung zur Purpura stehen. Wenigstens hat auch Adam (*Ann. de derm. et de syph.* 1892) häufig Ödeme im Verein mit Purpura beobachtet.

Henry Hartmann (*Ann. de derm. et de syphil.* 1888, Über den Einfluſs der Spannungsverhältnisse in den Gefäſsen auf die Entstehung von Purpura; Ruhelage der Extremitäten und Purpura) führt aus, daſs Purpura eine Folge des gesteigerten Blutdruckes im Innern der in ihrem

Ernährungszustand bereits afficierten Kapillaren sei. Patienten, welche wegen Frakturen oder irgend einer schweren oder langwierigen Krankheit lange zu Bett liegen müssen, zeigen oft in der ersten Zeit, wenn sie wieder aufstehen, Ödem der Beine und auch Purpuraflecke. Dieselbe Beobachtung hat JULES CLOQUET bereits 1823 gemacht und bei der Besprechung derjenigen Ekchymosen, welche durch einen Schwächezustand des Organismus bedingt sind, und wobei zuweilen die Heilung verzögert wird, beschrieben. HARTMANN schreibt die auf diese Weise entstehende Purpura dem verstärkten Blutdrucke in den Kapillaren zu, betont aber dabei, dafs letztere durch die lange Ruhe, den Druck des Verbandes, sowie auch durch das Trauma selbst gelitten haben mögen. Als eigentliche Ursache der Purpura in solchen Fällen bezeichnet er die Störung des Gleichgewichtes zwischen der Kontraktilität der kapillaren Blutgefäfse und dem Widerstande der umgebenden Gewebe, und andererseits dem vermehrten intravaskulären Drucke.

Bei meinen zwei Fällen finde ich auch gewisse Analogien, welche das Entstehen der Purpura erklären. Mein erster Fall betraf eine Dame, welche abortiert hatte, einen starken Blutverlust und langes Krankenlager mit konsekutiver Blutarmut erlitten hatte. Durch das lange Liegen war der intrakapilläre Druck herabgesetzt, die Ernährung der die Gefäfswände bildenden Gewebe hatte gelitten, so dafs dieselben schlaff und wenig resistent geworden waren. Als sie vom Bette aufstand, stieg der Druck in diesen Gefäfsen, das Blut hatte an Plasticität verloren, und somit wurden die Blutkörperchen zum Durchtreten durch die Gefäfswände und zur Bildung der Purpurflecke befähigt. Ferner konnte infolge des verstärkten Druckes in den Kapillaren die Lymphe nicht leicht resorbiert werden, was zur Entwickelung von Ödem führte.

Beim zweiten Falle sehen wir, wie ein Mann, der den ganzen Tag arbeitete und nachts aufblieb, um seine Frau zu pflegen, eine Störung der Gesamternährung erleidet und in einen anämischen Zustand verfällt. Das lange Stehen auf den Füfsen bedingte einen stärkeren Druck in den kapillaren Blutgefäfsen, und da das Blut eine Einbufse an plastischen Bestandteilen erlitten hatte, so konnten die roten Blutkörperchen mit Leichtigkeit durch die Gefäfswandungen hindurchdringen und somit Purpuraflecke hervorrufen, wobei zugleich aus den angeführten Gründen Lymphstase und später Oedeme entstanden.

Das periodische Recidivieren der Purpura ist dagegen nicht so leicht zu erklären. Wenn wir aber die vasomotorischen Nerven, welche die Funktionen der Blutgefäfse regulieren, in Betracht ziehen, so können wir immerhin eine gewisse Erklärung des succesiven Auftretens der Purpuraflecke konstatieren. Bei einer anämischen Person wirkt jeder Reiz weit intensiver, als bei einem anderen Individuum von normaler Beschaffenheit.

Somit kann jeder Reiz, der die Zusammenziehungen des Blutgefäfses verstärkt, dahin führen, dafs eine gewisse Menge Blutkörperchen durch die Wandungen hindurchgedrückt werden und somit eine Purpura hervorgerufen wird. In dieser Weise können wir uns das Recidivieren der Petechien schon erklären.

Über die Behandlung nur noch ein paar Worte. Da ich jegliche rheumatische Ätiologie ausschliefsen konnte, liefs ich bei beiden Patienten mit den antirheumatischen Mitteln aufhören und beschränkte die Therapie auf die Darreichung von Eisenpräparaten nebst Nux vomica. Dieses bewirkte in kurzer Zeit eine Besserung der Gesamternährung, und damit fing zugleich der anämische Zustand zu verschwinden an. Äufserlich wurde eine alkoholische Lösung von folgender Zusammensetzung angewandt:

℞ *Acid. carbolic.*	3,75
Menthol.	0,6
Glycerin.	7,5
Aq. coloniensis	
Alcohol.	ää 75,0

Mit dieser Mischung wurden die Beine einige Minuten lang eingerieben, um die Cirkulation zu befördern. Nachher wurde eine über Tag zu tragende Gummibinde angelegt, um dem inneren Blutdrucke entgegenzuwirken und die Widerstandsfähigkeit der Gewebe zu steigern. Auf diese Weise erzielten wir die Resorption des alten Oedems, Schwinden der alten Petechien und ein Freibleiben von Recidiven.

Zum Schlufs möchte ich noch bemerken, dafs Purpura in vielen Fällen zwar durch das Vorhandensein toxischer Substanzen im Blute hervorgerufen wird und demgemäfs für ein ernsteres Symptom gilt, dafs es aber Fälle giebt, bei denen diese Erscheinung durch eine einfache Veränderung in den Verhältnissen der das Blut bildenden Elemente, sowie durch eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Blutgefäfswandungen bedingt wird, und dafs derartige Purpurafälle zu durchaus keiner ungünstigen Prognose Anlafs geben.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Über die Verwendbarkeit des Europhens.[1]

Von

Dr. A. Oefelein, und Dr. J. Neuberger,
prakt. Arzt, Arzt für Hautkrankheiten,
in Nürnberg.

Den in den letzten Jahren als Ersatz für das Jodoform vielfach erprobten und empfohlenen Heilmitteln, dem Dermatol und dem Aristol, hat sich in jüngster Zeit ein drittes, das Europhen, hinzugesellt.

Es geht daraus zweifellos hervor, dafs trotz der vielen Vorzüge der zuerst genannten zwei Mittel denselben immerhin noch mannigfache Nachteile anhaften, die einen weiteren Ersatz wünschenswert erscheinen liefsen.

In der That haben sich auch die anfangs allzusehr erweiterten Indikationen für die Anwendung des Dermatols und Aristols mehr eingeschränkt, so dafs man, wenn man die zahlreiche Litteratur kritisch berücksichtigt, zu dem Resumé gelangt, dafs das Dermatol eine sehr gute austrocknende Wirkung entfaltet und infolgedessen bei Erosionen, Fissuren, Balanitis, nässenden Ekzemen u. s. w. von günstigem Erfolge ist, während das Aristol von entschieden granulationsanregendem und desinficierendem Effekte ist und daher bei den verschiedensten syphilitischen und nicht syphilitischen Ulcerationsprozessen und bei parasitären Affektionen angewandt zu werden verdient.

Der Umstand nun, dafs das Aristol nach den Ergebnissen der meisten Autoren (cfr. Neisser,[2] Eichhoff,[3] Schmitt,[4] Heckel)[5] bei Ulcus molle von negativem Einflusse, das Europhen hingegen nach den Berichten von Eichhoff,[6] Nolda,[7] O. W. Petersen[8] von recht günstiger Wirkung ist, veranlafste uns, zunächst das Europhen bei zahlreichen Fällen von Ulcera mollia anzuwenden, und später, nachdem wir uns von der Brauchbarkeit

---

[1] Nach einem in der dermatologischen Sektion der Nürnberger Naturforscher-Versammlung von Dr. J. Neuberger gehaltenen Vortrage.

[2] Neisser, Über das Aristol. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 19.

[3] Eichhoff, Über die dermato-therapeutische Wirksamkeit einer neuen Jodverbindung des Aristols. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. X. 1890. No. 2.

[4] Schmitt, Referat im *Bericht von den Farbenfabriken Bayer & Co. in Elberfeld.*

[5] Heckel, *Über Aristol,* Inaug.-Dissert. Würzburg. 1890.

[6] Eichhoff, Über dermato-therapeutische Erfolge mit Europhen, einer neuen Jodverbindung. *Therap. Monatsh.* Juli 1891.

[7] Nolda, *Therap. Monatsh.* Oktober 1891.

[8] O. W. Petersen, Über Europhen, ein neues Verbandmittel, übersetzt aus der russisch-medizinischen Wochenschrift *Wratsch.* 1892. No. 2. Sep.-Abdr.

des neuen Mittels überzeugt hatten, die Anwendung auch auf andere Krankheitsprozesse in grofsem Mafse auszudehnen.

Wenn wir nun im folgenden über unsere Beobachtungen Bericht erstatten, so geschieht es, weil wir über eine sehr grofse Zahl mit Europhen behandelter Fälle (über 200) verfügen, weil ferner unsere Untersuchungen den Zeitraum eines Jahres schon weit überschreiten, und weil schliefslich unsere Ergebnisse so günstige waren, dafs wir das Europhen nur aufs beste empfehlen können.

Zunächst wollen wir berichten über die gute Verwendbarkeit des Europhens bei kleineren und gröfseren, bei per primam oder durch Granulationsbildung heilenden Wunden, von denen eine Unzahl (der erstere von uns, Dr. Oefelein, ist Arzt der grofsen über 1000 Arbeiter beschäftigenden Schuckertschen elektrischen Fabrik) zur Beobachtung gelangte. Nicht nur einfache, mit Suturen versehene und mit Europhenpulver bestreute Schnitt- und Hiebwunden heilten schnell und reaktionslos, auch schwerere, zur Eiterung führende Quetschwunden reinigten sich und vernarbten bald. Eine gleiche Wirkung beobachteten wir bei Maschinenverletzungen mit grofsen Substanzverlusten, bei phlegmonösen Prozessen an der Hand, bei incidierten grofsen Panaritien, bei komplicierten Frakturen einer oder mehrerer Fingerphalangen. Zumeist wurde nur Europhenpulver angewandt, manchmal auch eine 3—5%ige Europhenvaseline. Schon aus den Ergebnissen dieser mit Europhen behandelten Verletzungen liefs sich dem Europhen ein durchaus bedeutungsvoller antiseptischer Effekt zusprechen, zumal da in sehr vielen Fällen eine weitere gründliche Antiseptik nicht geübt, sondern einzig und allein ohne vorherigen Gebrauch eines Desinficiens das Europhen appliciert wurde.

Wenn wir auch in keiner Weise aus diesem Resultate dem Europhen einen Vorrang vor dem Jodoform geben wollen, so wollen wir doch jetzt schon betonen, dafs auch bei Verletzungen der arbeitenden Klasse die Geruchlosigkeit des Europhens ein nicht zu unterschätzender Faktor für den Arzt und den Patienten sein dürfte.

Unseres Erachtens dürfte auch bald bei der Mensurpraxis auf deutschen Universitäten — es mag uns dieser Hinweis gestattet sein — das Jodoform durch das Europhen verdrängt werden.

Neben der Geruchlosigkeit und desinficierenden Kraft des Europhens trat die austrocknende Wirkung desselben bei der Behandlung von Erosionen am Penis und an der Vulva, von Fissuren am Anus und vorzugsweise bei Balanitis (über 40 Fälle) zu Tage. In ganz kurzer Zeit, oft schon nach einem einmaligen Einpudern, liefs die Sekretion nach, die gerötеten und entzündlichen Stellen des balanitisch erkrankten Genitale blafsten ab. In den meisten dieser Fälle würde wohl auch das Dermatol

am Platze und von gleichem Erfolge gewesen sein, indes will es uns scheinen, dafs bei vernachlässigter und bereits mit leichten Erosionen und Ulcerationen komplicierter Balanitis das Europhen von prompterer und schnellerer Wirkung ist.

Niemals sahen wir bei der Anwendung des Europhens die geringste ekzematöse Reizung.

Denselben günstigen Erfolg haben wir bei einer Reihe von Verbrennungen ersten und zweiten Grades und in 4 Fällen von Lupus exulcerans mit einer 3%igen Europhenvaseline zu verzeichnen, in denen in verhältnismäfsig kurzer Zeit schöne Narbenbildung erzielt wurde. Gerade bei der Beobachtung der Lupusulcerationen fiel uns die auch schon bei den verschiedensten Verletzungen zu Tage getretene, granulationsanregende Wirksamkeit des Europhens auf.

In ganz hervorragender Weise hat sich uns das Europhen zur Behandlung der Ulcera mollia bewährt.

Wir verfügen über 30 Fälle von leichteren und schwereren Formen, bei denen oft sehr schnell, oft erst nach längerer Zeit durch das Europhen in Pulverform Reinigung des Geschwürsgrundes mit nachfolgender Granulationsbildung und Überhäutung sich einstellte.

Betonen wollen wir, dafs wir fast ausschliefslich nur Europhen ohne vorherige Desinficierung der Geschwüre applicierten, dafs wir aber häufig das Europhen erneuerten (oft dreimal am Tage), und dafs wir, falls das Europhen mit dem Geschwürssekrete eine Kruste bildete, aufser dem Europhenpulver noch 1%ige Europhensalbe verwendeten, da uns unter der Krustenbildung die Heilung verzögert zu werden schien, was allerdings Kopp[9] — es dürfte sich bei ihm aber nur um leichte Ulcera mollia gehandelt haben — nicht beobachtet hat.

Den Hauptvorzug des Europhens bei der Therapie der weichen Geschwüre beruht auf der Geruchlosigkeit und Reizlosigkeit desselben; es kam uns kein Fall von Europhen-Dermatitis zu Gesicht.

Wenn somit auch in manchen Fällen möglicherweise durch das Jodoform der Heilverlauf abgekürzt worden wäre, was wir ohne Bedenken zugeben wollen, so sind die oben erwähnten Vorzüge des Europhens so schwerwiegend, dafs wohl in Zukunft — aufser in der Spitalpraxis — das Europhen das Jodoform bei der Behandlung der Ulcera mollia verdrängen wird.

Der sehr hohe Preis des Europhens dem Jodoform gegenüber wird dadurch gemildert, dafs das Europhen, wie schon Becker[10] hervorhebt,

---

[9] Kopp, Über die Verwendung des Europhens (Isobutylorthokresoljodid) in der venereologischen Praxis. *Therap. Monatsh.* 1893. No. 3.

[10] Becker, Europhen in der klinischen Chirurgie. Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XV. pag. 363.

nicht so zusammenbackt und sich daher leichter zerstäuben läfst, so dafs man geringerer Mengen bedarf, und dafs es spezifisch leichter ist.

Es genügen auch immer nur ganz geringe Mengen von Europhen, zumal da das Europhen, was auch ALLEN[11] betont, den wunden Flächen besser adhäriert, als das Jodoform.

Wir heben das besonders hervor, da ja z. B. WERTHER[12] die Wirksamkeit des Dermatols von der dicken Bestreuung der Wunden mit diesem Mittel abhängig macht.

Was nun das Europhen noch in besonderem Grade hervorhebt und speziell dem Aristol gegenüber, welches auch nach dem Urteile derjenigen Autoren, die im Gegensatze zu den eingangs erwähnten (NEISSER etc. etc.) das Aristol bei der Behandlung von Ulcera mollia gutheifsen, wie FISICHELLA,[13] VON BAELEN[14] etc., bei gangränösen weichen Geschwüren ohne Effekt ist, das ist sein günstiger Effekt auch bei phagedänischen Ulcera mollia, die, wie wir uns an 4 Fällen überzeugen konnten, in gleicher Weise — nur langsamer — wie die minder schweren weichen Geschwürsformen zur Vernarbung durch das Europhen gebracht wurden.

In 5 Fällen von Circumcision infolge von durch Ulcera bedingter Phimose, die wir zumeist gemeinschaftlich ausführten, da es sich um Patienten aus der Schuckertschen Fabrik handelte, die sämtlich seit etwa einem Jahre Aufnahme in der Privatklinik des letzteren von uns finden, erwies sich das Europhen, ebenso wie bei der Operation der kongenitalen Phimose, sehr brauchbar. In einem Falle von entzündlicher Phimose, wo wir den dorsalen Längsschnitt mit ROSERscher Läppchenbildung ausführten, kam es zur Infektion der Wundränder und starkem konsekutiven Ödem, doch wurde durch Aufstreuen von Europhenpulver und Applikation von Umschlägen mit verdünnter essigsaurer Thonerde, die sich sehr gut gleichzeitig anwenden lassen, schneller Rückgang des Ödems und weiterer günstiger Verlauf erzielt.

In ausgedehnter Weise versuchten wir ferner das Europhen bei syphilitischen Prozessen mit sehr günstigem Erfolge.

Nässende Papeln am Scrotum, an den Genitalien und am Penis wurden gut durch das Europhen beeinflufst, jedoch dürfte das Calomel nach unserer Beobachtung noch schnellere Wirkung herbeiführen. In 2 Fällen von gangränöser Initialsklerose trat äufserst schnell in wenigen Tagen Vernarbung ein.

Ebenso können wir das Europhen nach unseren Erfahrungen bei

---

[11] ALLEN, Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* XVI. pag. 272.

[12] WERTHER, Über Dermatolbehandlung. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 15.

[13] u. [14] Cfr. *Kurzgefafster Auszug aller bisher erschienenen Arbeiten über Aristol, von den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld.*

tertiären ulcerösen Prozessen und exulcerierten Gummata trotz der gegenteiligen Angabe von MIGNECO[15] empfehlen.

Am besten eignet sich hierbei eine 5—10%ige Europhensalbe, wie wir uns besonders an einem Falle von maligner Syphilis überzeugen konnten, dessen zahlreiche Ulcerationen durch eine derartige Salbe sehr günstig beeinflufst wurden.

Was schliefslich die subkutanen Europheninjektionen anbetrifft, die wir in verschiedenen Fällen tertiärer Lues vornahmen, so glauben wir, denselben insofern eine Bedeutung beilegen zu können, als sie wegen ihrer absoluten Schmerz- und Reizlosigkeit, sei es mit gleichzeitiger interner Jodkaliumgabe, sei es ohne diese, einen Einfluſs auf die tertiären Produkte ausüben.

Wir bedienten uns einer 1%igen öligen Lösung, von der wir täglich oder mehrere Male wöchentlich Injektionen machten, die unseres Erachtens — besonders dürften sie bei maligner Lues zu empfehlen sein — eine Beschleunigung des Heilverlaufes im Gefolge hatten.

Wir können uns daher mit EICHHOFF[16] nicht einverstanden erklären, der in seiner neuesten Abhandlung von der subkutanen Anwendung des Europhens ganz absieht, und erinnern nur daran, daſs auch GAUDIN[17] bei tertiärer Lues günstige Erfolge von den subkutanen Europheninjektionen beobachtet hat.

Injektionen in der nächsten Umgebung der Krankheitsherde und in so hohen Dosen, wie GAUDIN, haben wir nicht vorgenommen.

Aus der Praxis.

Zur Dermatotherapie des Adeps lanae (N. W. K.).

Von

P. TAENZER,

Spezialarzt für Hautkrankheiten in Bremen.

Wenn ich im folgenden zu Gunsten des von der Norddeutschen Wollkämmerei und Kammgarnspinnerei zu Bremen in den Handel gebrachten Adeps lanae eine Lanze einlege, so geschieht dies nicht aus Sucht, ein neues Mittel in die Therapie einzuführen, sondern einerseits, weil dies Präparat in letzter Zeit von einer Seite heftig angegriffen — und zwar meiner persönlichen Überzeugung nach ganz un-

[15] MIGNECO, Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIV. pag. 379.

[16] EICHHOFF, Über meine weiteren therapeutischen Forschungen mit Europhen. *Therap. Monatsh.* 1893. No. 1.

[17] GAUDIN, *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. No. 1.

gerechtfertigterweise —, andererseits aber weil ich mich freue, dafs wir in dem Adeps lanae ein Präparat erhalten haben, was dieselben, oder wenigstens ziemlich dieselben guten therapeutischen Eigenschaften in sich vereinigt, wie das zuerst von IHLE[1] in die Dermatotherapie eingeführte rohe Wollfett, Oesypus genannt, ohne doch zugleich die Nachteile des letztgenannten Präparates zu besitzen.

Oesypus und Adeps lanae sind zwei Präparate, die sehr nahe verwandt sind, indem Adeps lanae einen mechanisch herausgefischten Anteil des Oesypus darstellt, während die Lanoline auf chemischem Wege gewonnene Kunstprodukte sind. Nur der Reinigungsprozefs ist bei Oesypus und Adeps lanae verschieden, indem letzterer ein viel reineres Präparat ist.

Was nun Adeps lanae vor Oesypus auszeichnet, ist vor allem seine beinahe vollkommene Geruchlosigkeit. Während nämlich das Oesypus[2] sich durch einen penetranten, widerlichen Geruch, der auch durch Parfums nicht ganz zu verdecken ist, unvorteilhaft auszeichnet, besitzt Adeps lanae nur noch eine ganz geringe Andeutung eines Geruches, der aber absolut nichts Widerliches an sich hat und selbst bei den empfindlichsten Nasen nicht Anstofs erregen dürfte. Ein weiterer Unterschied ist der, dafs Oesypus eine unangenehme, dunkelbraune, Adeps lanae dagegen eine schön gelbe, an gelbes Wachs erinnernde Farbe besitzt; ersteres ist vollkommen undurchsichtig, letzteres etwas durchscheinend. Auch in der Konsistenz ist ein Unterschied bemerkbar, der ebenfalls durch den verschiedengradigen Reinigungsprozefs bedingt sein dürfte. Beim Oesypus ist dieselbe nämlich eine zähklebrige, während Adeps lanae eine etwas festere Beschaffenheit besitzt, sich aber sehr leicht auf der Haut verreiben läfst. Dagegen hat das Oesypus einen nicht zu unterschätzenden Vorteil vor dem Adeps lanae und vor allem vor dem Lanolinum anhydricum voraus, das ist nämlich seine gröfsere therapeutische Einwirkung auf die verschiedenen Dermatosen. IHLE führt dieselbe auf den Gehalt an freien Fettsäuren (beim Oesypus bis 30%) zurück, ein Umstand, der dem Adeps lanae, das einen bedeutend geringeren Procentsatz an freien Fettsäuren besitzt, von theoretisch-chemisch-pharmazeutischer Seite zum Vorwurf gemacht wurde. Theoretisch mögen ja wohl die Chemiker und Pharmazeuten Recht behalten, wenn sie die Anwendung eines Präparates, das chemisch nicht ganz rein ist, oder dessen Zusammensetzung sich öfters ändert oder womöglich noch ganz unbekannt ist, nicht billigen; in der Praxis dagegen müssen sie wohl uns Ärzten das letzte Wort gestatten, und der Erfolg spricht eben zu Gunsten des Adeps lanae und beweist damit, dafs die theoretischen Einwände der Chemiker und Pharmazeuten nicht stichhaltig sind.

Der gelben Vaseline gegenüber zeichnet sich Adeps lanae dadurch aus, dafs Adeps lanae erstens die Wäsche nicht verfärbt. Flecke, durch gelbe Vaseline hervorgebracht, können aus der Wäsche nicht wieder entfernt werden. Zweitens haftet Adeps lanae auf der Haut viel fester, als Vaseline; drittens wird es dadurch ein billigeres Präparat, dafs man die Haut nicht so oft einzureiben braucht, wie bei Vaseline, und viertens spart man sich oder dem Wärter durch die weniger häufigen Einreibungen Mühe und dem Kranken viel Belästigung; kurz die ganze Einreibungskur ist eine sehr vereinfachte.

Während der vielen Jahre, die ich mit Oesypus gearbeitet habe (ich habe dasselbe gleichzeitig mit IHLE anzuwenden begonnen), habe ich dies Präparat so schätzen gelernt, dafs ich immer lebhaft bedauert habe, es wegen seines schlechten Geruches in der besseren Praxis nicht anwenden zu können, bis zu meiner grofsen Freude

[1] S. *diese Zeitschrift.* Bd. XI. pag. 315, u. Bd. XIII. pag. 411.

[2] Ich behalte der Bequemlichkeit wegen diesen Namen für das rohe Wollfett bei.

Sack[3] seine Erfahrungen mit Adeps lanae veröffentlichte; ich begann sofort mit einer Versuchsreihe über dieses Präparat, das vor dem Lanolin aufser seinem therapeutischen Effekt (es enthält, wie bereits oben schon mitgeteilt, noch Spuren von freien Fettsäuren,[4] also wahrscheinlich gerade die dem Lanolinum anhydricum abgehenden wirksamen Bestandteile) noch die Eigenschaft der gröfseren Billigkeit voraushat.

Was die therapeutische Seite des Adeps lanae anbelangt, so will ich die gemachten Erfahrungen ganz kurz zusammenfassen.

Reizerscheinungen habe ich ebensowenig wie bei Oesypus beobachten können; in allen Fällen, in denen ich reinen Adeps lanae anwandte, wurde derselbe ausnahmslos vorzüglich vertragen und keinerlei Klage von irgend welcher Seite geführt.

Die Indikationen zur Anwendung des reinen Adeps lanae sind so ziemlich dieselben, wie die von Ihle[5] angeführten, nämlich Rauhigkeiten der Haut, namentlich spröde und aufgesprungene Hände während der Winterszeit und bei den durch ihr Gewerbe dazu disponierten Personen, als Wäscherinnen, Köchinnen, Kellnerburschen, Matrosen u. s. w. Vorzüglichen Erfolg sah ich auch bei einer Jodoformdermatitis, die sich bei einem mit Jodoform behandelten Ulcus molle entwickelte, Penis, Scrotum und die angrenzenden Regionen des Abdomens und der Oberschenkel befiel, von starker Schwellung, Rötung und ganz intensivem Jucken begleitet war und einen erysipelartigen Eindruck machte. Gleich nach Applikation von Adeps lanae liefsen die Spannung und das Jucken nach, so dafs bereits am anderen Tage der Patient wieder seinen Geschäften nachgehen konnte.

Ferner empfehle ich die Anwendung von Adeps lanae bei allen trockenen, nicht zu chronisch gewordenen Ekzemen sowohl der bedeckten, als der unbedeckten Körperregionen; bei den letzteren kann es sogar während des Tages angewendet werden ohne dafs die Patienten eine Unterbrechung ihres Berufes erleiden, wenn man nach der Einreibung mit Adeps die Vorsicht gebraucht, die eingeriebenen Stellen mit einem trockenen Tuche leicht wieder abzuwischen. Die geringe Zähigkeit des Fettes genügt, um ein Haftenbleiben eines dünnen Fettüberzuges auf der Haut trotz des Abwischens der eingeriebenen Stellen mit dem Tuche zu ermöglichen, während die Durchsichtigkeit des Präparates ein Sichtbarwerden auf den eingesalbten Gegenden nicht gestattet.

Auf die zuletzt beschriebene Art und Weise behandle ich am Tage auch die keratoiden Ekzeme der Handflächen, die mit schmerzhaften Rhagaden einhergehen, während ich nachts die erweichenden Pflaster, resp. Salben anzuwenden pflege. Hierdurch erreiche ich einerseits, dafs die Kranken in der Ausübung ihres Berufes keine Unterbrechung erleiden, und andererseits die Haut bei der kurzen Anwendungszeit der macerierenden Mittel nicht so leicht in einen Reizzustand versetzt wird, wie bei fortwährender Anwendung scharfer Medikamente. Allerdings beansprucht diese Behandlung etwas mehr Zeit, ein Übelstand, der in der ungehinderten Ausübung des Berufes von seiten des Kranken seine Kompensation finden dürfte.

Weiter ist die Anwendung des reinen Adeps lanae zu empfehlen bei Reizzuständen der Haut, wie sie leicht auftreten im Verlaufe von Schmierkuren mit Chrysarobin, Pyrogallol, Resorcin, Salicylsäure, Schwefel, Naphtol, Teer etc., bei Psoriasis, chronischen Ekzemen und dergl. Ist hierbei die Haut ganz besonders empfindlich, so dafs sie ein stärkeres Reiben nicht verträgt, so empfiehlt es sich, den Adeps lanae mit gleichen Teilen Ol. lini zu verdünnen. Man erhält alsdann eine

[3] S. *diese Zeitschrift.* Bd. XVI. pag. 363.

[4] Der Gehalt an freien Fettsäuren beträgt bei Adeps lanae noch nicht ganz einen Säuregrad (s. Sack. l. c.)

[5] S. *diese Zeitschrift.* Bd. XI. pag. 315 u. Bd. XIII. pag. 414 ff.

äufserst geschmeidige, kühlende und schmerzlindernde Salbe, die noch die Eigenschaft hat, infolge des Leinölgehaltes die reducierende Kraft des Adeps lanae zu verstärken und somit ganz besonders günstig auf die verschiedenen Krankheitsprozesse einzuwirken.

Wenn ich das oben Gesagte rekapituliere, so haben wir im Adeps lanae ein Medikament und zugleich ein Salbenvehikel, das wegen seiner einfachen, oben mitgeteilten Vorzüge nicht verdient, einfach beiseite geworfen zu werden. Ich bin der festen Überzeugung, dafs neue Versuche noch viel mehr gute Seiten desselben zu Tage fördern werden.

Versammlungen.

Ärztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 26. September 1893.

Neebe stellt einen Fall von **Peliosis rheumatica** vor. Patient erkrankte vor 8 Wochen. Unter Fieber, Appetitlosigkeit und grofser Mattigkeit stellten sich Gelenkschmerzen in beiden Knie- und Fufsgelenken ein. Objektiv war an den Gelenken nur mäfsige Schwellung nachweisbar. Dann traten in den ersten Tagen an den verschiedensten Teilen des Körpers punktförmige, linsenförmige, meist aber noch gröfsere — thaler- bis flachhandgrofse —, unter dem Fingerdruck nicht schwindende, lebhaft rote und blaue Flecke auf. Am zahlreichsten an den beiden Unterschenkeln. Die Flecke brauchten zu ihrer Resorption etwa 8 Tage und machten während dieser Zeit die bekannten Farbenveränderungen aller Blutextravasate der Haut durch. Die Eruption dieser Ekchymosen wiederholte sich bis vor 8 Tagen. Aufser diesen Blutextravasaten bildeten sich ebenfalls auf den verschiedensten Stellen der Haut thaler- bis überflachhandgrofse Erythemflecke, welche rasch im Zentrum abblafsten und so das Bild des Erythema annulare darboten. Diese Flecke verschwanden meist nach 26 bis 28 Stunden. Neben diesen Erscheinungen bestanden heftige Supra- und Infraorbitalneuralgien beiderseits. Von diesen Erscheinungen sind heute nur noch die Gelenkschmerzen und Erythemflecke vorhanden. Die letzteren sind hauptsächlich auf Rücken, Brust, Bauch, Supraklavikulargegend und Oberschenkeln wahrnehmbar.

Ferner demonstriert derselbe eine **Spina ventosa syphilitica.** Die erste und zweite Phalanx sämtlicher Finger sind spindelförmig oder cylindrisch aufgetrieben. Die Metakarpalknochen, sowie die Endphalangen zeigen keinerlei Veränderung. Die Finger haben infolge dieser Auftreibungen flaschenähnliche Gestalt angenommen. An den Zehen finden sich keine Abnormitäten vor. Anamnestisch läfst sich Sattelnase und Schnupfen bei dem Kinde konstatieren, welcher schon seit 6 Wochen bestehen soll. Die Mutter hat vor einem Jahre ein faultotes Kind geboren.

Aufserdem demonstriert derselbe **eine eigentümliche Dermatomykose** der rechten Hand. Patient erkrankte vor sechs Tagen an einem Ausschlag auf dem Dorsum der 1. Phalanx des rechten Mittelfingers. Der Ausschlag soll als roter schuppender Fleck begonnen und sich dann peripher ausgebreitet haben. Jetzt sehen wir die Haut der 1. Phalanx des rechten Mittelfingers ganz und die Aufsen-, resp. Innenfläche der 1. Phalanx von Zeige- und vierten Finger, sowie die Haut bis zwei Finger breit über den Metakarpalgelenken sowohl auf dem Dorsum als in der Vola manus erkrankt. Die Haut ist in nur geringem Grade entzündet und mit Schuppen bedeckt. Der ganze Rand der Affektion ist besetzt mit serösen, sero-fibrinösen und eitrigen, sub-

korneal gelegenen Bläschen, und zwar sind die kleinsten serösen Bläschen am meisten peripherwärts gelegen, an Stellen, wo die Haut noch kaum irgendwelche Erscheinungen von Entzündungen zeigt. Der Rand ist flach, nicht „ringwormartig“ erhaben, wie bei der gewöhnlichen Trichophytie. Bei der Trichophytie findet sich auch niemals dieser periphere Bläschenkranz in dieser Anordnung. Wie auch andere Beobachter (Mansurow) hervorheben, hat die Affektion auffallende Ähnlichkeit mit dem chronischen schuppenden Ekzem der Finger. Mikroskopisch findet sich in den Schuppen in grofser Massenhaftigkeit ein Fadenpilz, welcher kurzgliedrig septierte, gestreckt oder geschlängelt verlaufende Fäden bildet. Die Affektion hat grofse Ähnlichkeit mit der Trichophytie. Die Reinzüchtung wird uns aber erst über die genaueren biologischen Eigenschaften aufklären müssen. Diese Beobachtung ist die dritte, welche wir im Laufe von 1½ Jahren machten. Die erste betraf einen Landwirt, bei welchem die ganze Haut beider Hohlhände in ganz derselben Weise erkrankt war, wie bei dem Knaben. Der zweite Fall kam bei dem Wärter vor, welcher den Landwirt verband und sich hierbei inficierte. *Neebe-Hamburg.*

Glasgow Medico-chirurg. Society.

Sitzung vom 5. Mai 1893.

Dr. Clark stellt einen **Fall von Dermoidcyste des Testikels** vor.

Der Patient ist ein dreizehnmonatliches Kind. Schon 14 Tage nach der Geburt desselben zeigte sich der eine Testikel deutlich gröfser als der andere; aber erst im Verlaufe eines Jahres erlangte er die jetzige Gröfse. Der Tumor bildet mit dem Testikel eine einzige Masse, deren Inhalt einen weifsen gelatinösen Stoff bildet. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt zahlreiche Epithelzellen von verschiedener Gestalt und Gröfse, unähnlich den Zellen, wie man sie normalerweise im Testikel vorfindet. Aufserdem enthielt die Cyste etwas Knorpel, drei Zähne und Knochensubstanz. Redner erinnert sich nur eines einzigen ähnlichen Falles, den Dr. Macewen im Jahre 1878 vorgestellt hat.

Diskussion über **parasitäre Protozoen im Krebs.**

Dr. Auld stimmt mit John Lindsay und John Brown im allgemeinen überein. Bei diesbezüglichen Untersuchungen müsse namentlich dem Zellkern die gröfste Aufmerksamkeit zugewandt werden, da sich der in Krebszellen vorgefundene Parasit zuerst im Kerne einniste und entwickele und dann in das Protoplasma ausschwärme. Ferner ist das Protoplasma solcher Zellen bis auf eine Rinde atrophiert, oder es ist dem Parasiten einverleibt worden.

Dr. Workmans erörtert die Frage, ob die in Rede stehenden Gebilde die Ursache oder nur eine zufällige Begleiterscheinung des Krebses wären. Für die letztere Annahme sprächen manche gewichtige Punkte. 1. findet man in Krebsgeschwülsten wo jene Gebilde vorhanden sind, nur geringe irritative Proliferation, und Leukocytenanhäufung fehlte nahezu gänzlich. 2. ist es Thatsache, dafs ganz ähnliche Gebilde auch bei nicht krebsartigen Krankheiten, beispielweise beim Lupus, vorkommen, wie Redner Gelegenheit gehabt hat, sich zu überzeugen. Ob die letzteren mit den in Krebsgeschwülsten gefundenen identisch sind, wolle er nicht behaupten. 3. ist die Zahl jener Gebilde am gröfsten bei bereits lange bestehendem Krebs, während man erwarten würde, dafs dieselben, wenn sie die Ursache des Krebses bildeten, ebenso zahlreich oder zahlreicher in einem früheren Stadium vorhanden wären. 4. wäre es ganz merkwürdig, dafs die Gebilde so aufserordentliche Verschiedenheiten zeigen sollten. In dieser Beziehung würden sie sich von den vegetabilischen, pathogenen Mikroorganismen sehr unterscheiden.

Redner zeigt Abbildungen, welche es glauben machen, dafs es nicht eine Art, sondern viele Arten jener Gebilde gäbe.

Dr. Buchanan hat sich von dem konstanten Vorhandensein der beschriebenen Gebilde in Krebsgeschwülsten überzeugt und glaubt, dafs jene insofern eine wichtige Rolle bei der Krankheit spielten, als sie eine giftige Substanz erzeugten, die ins Blut gelange und die Krebskachexie hervorrufe.

Dr. Coats, ebenso wie Dr. Lindsay Steven stimmen mit den Ausführungen des Vorredners nicht überein und widerlegen dieselben. (*Glasgow med. Journ.* August 1893.)

C. Berliner-Aachen.

New Yorker Akademie der Medizin.

Dr. Swinburne: **Ein Fall von syphilitischer Reinfektion.**

Der 25jährige Patient hatte im April 1889 Schanker, Drüsenschwellung in der Leistengegend. Sechs Wochen später zeigte er einen Roseolenausschlag. Der Patient wurde ein Jahr lang mit Merkurpillen innerlich behandelt. Während dieser Zeit traten keine weiteren syphilitischen Erscheinungen auf. S. sah den Patienten zum ersten Male Juni 1891. Bei der Untersuchung wurde eine schwache Narbe auf dem Präputium und die Anzeichen einer verschwundenen Roseoleneruption wahrgenommen. Die Drüsen waren nicht geschwollen. Eine kleine Wunde im Munde wurde mit Merkur und Höllenstein geheilt.

Ende Dezember 1892, nach einem vor circa vier Wochen stattgehabten Coitus bemerkte Patient eine Wunde auf der Vorhaut unmittelbar hinter der Eichel. Zehn Tage später konnte man eine deutliche Härte wahrnehmen, die Inguinaldrüsen waren geschwollen, aber schmerzlos. Unter der Merkurbehandlung verschwanden nach Verlauf von 6 bis 8 Wochen sämtliche Erscheinungen. Eine neue Eruption von Roseolen kam nicht wieder zum Vorschein.

Dr. Taylor bemerkt in der Diskussion, dafs etwa 80 Fälle von syphilitischer Reinfektion in Deutschland, Italien, Amerika veröffentlicht worden sind. Die Franzosen leugneten entschieden das Vorkommen derselben. Er selbst müsse sagen, dafs von den 80 als syphilitische Reinfektion beschriebenen Fällen wahrscheinlich die Hälfte zweifelhafter Natur sind. Auch den vorliegenden Fall von Swinburne zaudere er, als eine Reinfektion anzusehen, da der Patient kaum ein Jahr antimerkuriell und überdies mit den nicht sehr wirksamen Quecksilberpillen behandelt worden wäre. Recidivierende Indurationen namentlich auf dem Grunde oder in der Nachbarschaft vernarbter Geschwüre seien nicht so sehr selten. Dafs aber syphilitische Reinfektionen thatsächlich vorkommen, stelle er nicht in Abrede, nur seien dieselben nicht so häufig, wie sie angegeben werden. Einige Autoren behaupteten, dafs in solchen Fällen der Verlauf milde sei. In fünf Fällen von Reinfektion, die er Gelegenheit gehabt habe zu beobachten, sei der Verlauf der Krankheit ein sehr schwerer gewesen.

Dr. Klotz kann Swinburnes Fall nicht für eine zweifellose syphilitische Reinfektion ansehen, da der strikte Beweis hierfür, nämlich das Auftreten des sekundären Roseolenausschlages, in der gesetzmäfsigen Zeit nach dem Erscheinen der Initialsklerose fehle.

Dr. Allen und Dr. Brewer sprechen sich in ähnlicher Weise aus.

Dr. Otis meint, dafs man irrtümlich oft eine frische Initialsklerose annimmt, wo es sich recht eigentlich nur um Indurationen im tertiären Stadium handele.

Die Mehrzahl der übrigen anwesenden Herren sprechen sich über Swinburnes Fall syphilitischer Reinfektion skeptisch aus.

Dr. Brewer berichtet über **drei Fälle von Urethritis**, die in ihren Symptomen der Gonorrhoe ähnlich waren, für deren Ätiologie er jedoch keine Erklärung finden konnte, da sich in dem untersuchten Sekrete keinerlei spezifische Kokken vorfanden. Von Interesse ist der dritte Fall. Er betrifft einen 37jährigen Mann, der seit 15 Jahren

verheiratet ist, aber niemals mit seiner Frau geschlechtlichen Umgang gepflegt hat, angeblich weil dieselbe, stark neurasthenisch, befürchtete oder sich einredete, der geschlechtliche Verkehr könnte ihr schaden. Als sie jedoch stetig nervöser wurde, riet ihr ein Neurologe regelrechten Umgang mit ihrem Gatten zu üben, in der Hoffnung, dafs sie durch eintretende Gravidität auf andere Gedanken gebracht werden würde. Etwa vier Wochen nach dem ersten stattgehabten Coitus wurde B. von dem Manne wegen einer akuten, purulenten Urethritis, begleitet von Röte, Ödem, Brennen beim Urinieren und Chorda konsultiert. Die Untersuchung des Eiters ergab keine Kokken. Die Frau zeigt, abgesehen von einem engen Introitus vaginae und leichtem Vaginismus, nichts Abnormes an den Genitalien. Unter geeigneter Behandlung besserte sich der Zustand des Mannes. Es trat jedoch, als derselbe den Coitus wieder ausübte, ein Rückfall ein, von dem er jetzt geheilt ist.

Dr. Bangs bemerkt in der Diskussion, dafs wenn die Aussagen des Mannes auf voller Wahrheit beruhten, die Urethritis auf die langen, unbefriedigten erotischen Reize zurückzuführen seien, welche eine wirkliche Inflammation der Pars bulbosa und prostatica urethrae hervorrufen könnten. Es brauchten für solche Fälle nicht immer die Gonokokken das ätiologische Moment abzugeben.

Dr. Otis meint, dafs in den vorliegenden Fällen die Ursache wohl Mikrobien wären, welche nicht notwendig immer Gonokokken zu sein brauchten.

Dr. Taylor ist derselben Ansicht und glaubt, dafs wir bezüglich der Kenntnis der Urethritiden erst „an der Schwelle" ständen.

Dr. Swinburne und Goldenberg haben Fälle von Urethritis beobachtet, die vielleicht auf Masturbation zurückzuführen wären.

Dr. Brown stellt einen **Fall von Urethralschanker** vor.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Heft VI.

I. **Über einen Mischfall von Lues und Tuberkulose in seltener Lokalisation.** (Gemischt tuberkulöses und luetisches Geschwür des Präputiums), von J. Fabry-Dortmund.

Die Diagnose geschwüriger Prozesse auf der äufseren Haut ist häufig durch zufälliges Zusammentreffen ätiologisch ganz differenter Prozesse sehr erschwert.

Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichte eines Falles mit, der als Mischform von Lues und Tuberkulose angesehen werden kann und der hinsichtlich der Lokalisation des Geschwürsprozesses am Präputium nur wenig Analogien in der Litteratur hat.

Der 35 Jahre alte Patient konsultierte den Verfasser zuerst wegen eines gonorrhoischen Ausflusses und gab bei dieser Gelegenheit an, konstitutionell syphilitisch zu sein. Aus der Anamnese war auch zu entnehmen, dafs der Patient tuberkulös belastet ist. Etwa 6 Wochen später stellte sich derselbe mit phimotischem Präputium vor. Da Verfasser hinter der Phimosis einen Geschwürsprozefs vermutete, so wurde die Dorsalspaltung des Präputiums vorgenommen. Es zeigten sich nun an der Innenfläche des Präputialsackes ausgedehnte Geschwüre, welche mit Rücksicht auf ihre Beschaffenheit und auf die Anamnese zur Diagnose Lues gummosa praeputii veran-

lafsten. Unter der Behandlung mit Jodkalium innerlich und mit örtlich desinficierenden Mitteln trat auch nach Monaten keine Besserung ein. Erst unter Sublimatumschlägen verheilten die Geschwüre wenigstens oberflächlich ab. Die Härte und Infiltration blieben jedoch bestehen und bewogen den Verfasser, es noch einmal mit einer energischen Jodkaliumkur zu versuchen. Aber schon wenige Tage später brachen die Geschwüre wieder auf. Der Ulcerationsprozefs ergriff das Frenulum, den Sulcus retroglandularis, während Glans und Pars pendula intakt blieben. Die Untersuchung der Harnröhre ergiebt nichts Abnormes.

Es gelang dem Verfasser, ein Stückchen von dem afficierten Präputium zu excidieren. Die von Prof. Ribbert in Zürich vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab ausgedehnte, diffuse kleinzellige Infiltration neben deutlichen, zahlreiche und grofse Riesenzellen enthaltenden Tuberkeln. Tuberkelbacillen fanden sich nicht. Die Diagnose lautete auf Tuberkulose.

Angesichts der stark ausgebildeten kleinzelligen Infiltration glaubte Verfasser, dafs man es nicht mit einer reinen Tuberkulose, sondern mit einer Mischform von Lues und Tuberkulose zu thun habe.

Wunderbarerweise heilte während einer fünfwöchentlichen Schmierkur (24 Einreibungen von 4 g Unguentum cinereum pro die) alles ab. Auch die Härten in der Tiefe waren beinahe vollständig verschwunden. Die Heilung der Geschwüre hat auch bis ½ Jahr später angehalten. Diese auffallende Heilung deutet Verfasser dahin, dafs die auf Kosten der konstitutionellen Syphilis gleichzeitig mit der Tuberkulose an derselben Stelle sich etablierenden pathologischen Veränderungen das vorwiegende und stärker ausgeprägte Moment waren. Diese Begründung findet in der stark ausgesprochenen, kleinzelligen Infiltration um die Gefäfse der Cutis eine wesentliche Stütze.

II. **Zur Behandlung der Prurigo mit Massage**, von R. Hatschek-Wien.

Murray in Stockholm hatte im Jahre 1889 einen 11jährigen, an Prurigo agria leidenden Knaben mit Massage behandelt und denselben von dem lästigsten Symptome des Juckens befreit. Daraufhin hat Verfasser elf Patienten aus Prof. Kaposis dermatologischer Kinik, und zwar neun männliche und zwei weibliche Individuen, im Alter von 14—21 Jahren stehend, der Massagebehandlung unterzogen. Sieben der Patienten litten an Prurigo agria, vier an Prurigo mitis; zwei wurden ambulatorisch, neun klinisch behandelt. Zunächst wurden nur die Extremitäten einer Körperhälfte und zwar, um ein einwandsfreies Urteil zu erhalten, ohne Vaselin trocken massiert. Die Streichungen wurden centripetal und ziemlich nachdrücklich vorgenommen. Die Dauer der Massagesitzungen betrug in den ersten Tagen 10—15 Minuten für eine Extremität, später, wenn Erfolg erzielt war, wurde dieselbe auf 5—3 Minuten abgekürzt.

In allen Fällen war die Behandlung oft schon nach ganz wenigen Sitzungen von Erfolg gekrönt. Im allgemeinen mufs jedoch, um Recidive zu verhindern, längere Zeit mit der Massage fortgefahren werden. Einen Einflufs auf das Hervorschiefsen neuer Knötchen scheint die Massagebehandlung nicht zu haben. Es wird hauptsächlich das Jucken gemildert oder beseitigt, und dementsprechend verschwinden auch die Kratzeffekte. Bei Jucken aus anderen Ursachen, z. B. infolge von Urticaria, hat sich das Mittel nicht bewährt. Die Massagewirkung bei der Prurigo beruht nach Murray und nach des Verfassers Ansicht auf einem mechanischen Wegdrücken des die Knötchen bildenden und auch die Papillen umgebenden Exsudates.

III. **Zur Kasuistik seltener Syphilisformen**, von N. Ostermayer-Budapest.

1. Ein Fall von Syphilis cutanea vegetans (Kaposi).

Die Patientin ist 31 Jahre alt. Auf der linken Kinnhälfte, teilweise auch noch auf der linken Wange ist die Haut in der Ausdehnung etwa einer Flachhand in eine

blafsrötliche, warzig papillomatöse, unebene Fläche umgewandelt. Die erkrankte Hautpartie springt allenthalben rasenartig über das Hautniveau hervor, hat im ganzen eine länglich-zungenförmige Gestalt und ist bis auf zwei linsengrofse Stellen am lateralen Rande überhäutet. Die papillaren Auswüchse sind 8—10 mm hoch, 2—3 mm im queren Durchmesser. Die umgebende Haut ist normal, und es erscheint die ganze Rasenfläche wie in die gesunde eingepflanzt, aufgesetzt. Eine eingehende Untersuchung der Patientin ergiebt zweifellos die syphilitische Provenienz der papillären Wucherungen.

2. Ein Fall von gummöser Erkrankung der weiblichen Brustwarze. Die syphilitischen Erkrankungen der Brustdrüse sind im allgemeinen selten. Nach Lancereaux unterscheidet man eine diffuse Mastitis syphilitica ohne direkt spezifischen Charakter und eine circumskripte gummöse Mastitis mit spezifisch-syphilitischem Charakter. Die letztere gehört dem tertiären Stadium an und tritt in Form rundlicher, sich derb elastisch anfühlender Knoten auf, welche im Parenchym der Drüse eingebettet entweder scharf abgegrenzt sind, oder stellenweise ohne bestimmte Grenzen in das normale Drüsengewebe übergehen. Die Mastitis gummosa befällt bald nur eine Brust, bald beide Brüste gleichzeitig. In wenigen Wochen können die Knoten die Gröfse eines mittelgrofsen Apfels erreichen. Unter Jod- und Quecksilberbehandlung erfolgt rasch Heilung.

Verfasser beschreibt einen derartigen Fall und schliefst an denselben eine kurze Krankengeschichte eines Falles von gummöser Erkrankung der Haut der rechten Mamma ohne Mitbeteiligung der Drüsenmasse, bei vollständigem Mangel jeglichen Syphilissymptomes an.

IV. **Untersuchungen über den Favuspilz**, von Max Biro-Warschau.

Verfasser giebt einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Favusfrage. Die mannigfachen Widersprüche, die sich namentlich bezüglich des Pilzes als Favuserregers und bezüglich der Zahl der Favuspilze in den verschiedenen Publikationen der Favusautoren vorfinden, will Verfasser durch seine Untersuchungen erklären und gleichzeitig sich bemühen, zu entscheiden, ob der in den Borken vorkommende Pilz wirklich Erreger des Leidens sei; sodann soll das Verhältnis der herpetischen Efflorescenzen zu dem mit ihnen zusammentreffenden Favus bestimmt, die Evolution des Pilzes, die klinische Entwickelung der Erkrankung und die Frage über die Zahl der Favuspilze untersucht werden. Zu diesem Zwecke stellte Verfasser aus Borken mehrerer Kranken Kulturen an und zwar in peptonisierter Fleischbrühe, auf Kartoffeln, Fleischpeptongelatine und auf Agar unter mannigfaltigen Bedingungen. Es wurden mikroskopische Untersuchungen vorgenommen, Überimpfungen gemacht und bei positiven Resultaten Kulturen aus den frisch erlangten Borken angelegt. Verfasser unterzog die ihm von Dr. Unna zur Verfügung gestellten Favuskulturen einer eingehenden Untersuchung.

1. Bouillonkulturen. Schon nach 24 Stunden sind in den inneren Schichten der Flüssigkeit, auf deren Oberfläche wie auch am Boden des Röhrchens Bildungen wahrnehmbar, die aus kugelartigen, mit weifsen feinen prominierenden Fäden umgebenen Rasen bestehen. Am vierten Tage erreichen diese Gebilde schon 0,5 cm im Durchmesser, und auf der Oberfläche der Flüssigkeit bemerkt man ein schneeweifses Häutchen mit sehr kurzen, kaum wahrnehmbaren Fäden. Dieses Häutchen, welches am zehnten Tage die ganze Röhrchenbreite ausfüllt, ist an seiner Unterfläche silberfarbig, glänzend und nach gewisser Zeit schwefelgelb. Die Bildungen im Innern der Flüssigkeit bestehen auch aus einem silberartigen Rasen mit vielen weifsen, radialen, fadenartigen Emissionen. Überimpfungen aus dem beschriebenen Häutchen und dem moosartigen Rasen ergaben in allen Reagensgläsern wieder dieselben Gebilde und

zwar Häutchen an der Oberfläche der Flüssigkeit, im Innern rhizopodienartige Rasen.

2. Kartoffelscheibenkulturen. Am dritten Tage nach der Impfung erscheinen an der Impfstelle schneeweifse, verschiedengestaltige, über das Substrat emporsteigende Rasen. Am vierten Tage sind dieselben mit einem Flaume aus feinen und äufserst kurzen weifsen Fäden bedeckt. Die Unterfläche der Kolonie wird nach zwei Wochen schwefelgelb.

3. Fleischpeptongelatinekulturen bei Zimmertemperatur. Übertragungen von Borken eines Favuspatienten, von Bouillonkulturen mit langen moosartigen Emissionen, von Kartoffelkulturen. In allen Reagensgläsern erscheinen gelbe teigartige Bildungen; die Rasen wachsen vorwiegend von seiten des Substrates. Nach Verlauf von 3—4 Wochen beginnt die Verflüssigung in der nächsten Umgebung des Rasens.

4. Fleischpepton-Agarkulturen. Die meisten der hier gewonnenen Kulturen zeigen das Aussehen eines knopfartigen, ziemlich grofsen, weifsgrauen Rasens, der mit grauen Falten umgeben war.

Unter dem Mikroskope stellt der vom Verfasser gezüchtete Pilz „ein Mycel aus Fäden mit Ausläufern vor. Die Haupthyphen sind dicker als die Ausläufer; beide zeigen einen vielfachen, teils geradlinigen, teils gewellten Verlauf. Die Seitenhyphen bilden mit den Haupthyphen verschiedene Winkel, rechte, spitzige und letztere von verschiedener Gröfse. Die Haupt- und Seitenhyphen bestehen aus besonderen viereckigen Gliedern. In vielen finden sich Proteinkörnchen und Fetttropfen. Nächst den Hyphen sind Sporen zerstreut. Die Hyphen teilen sich an ihren Enden am häufigsten gabelig. Ihre Enden sind ein wenig verjüngt, obwohl stumpf und abgerundet, zuweilen mit kolbigen Endanschwellungen (8—15 μ im Durchmesser) mit glänzender Wand und körnigem Inhalte versehen. Mehrere Glieder im Hyphenverlaufe sind auch kolbenartig angeschwollen".

Durch Überimpfungen an sich so wie an einigen Kranken aus der Abteilung des Herrn Dr. Elsenberg konnte Verfasser sich von den pathogenetischen Eigenschaften des von ihm gezüchteten Pilzes überzeugen.

Auf Grund aller seiner Untersuchungen gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Der Favuspilz zeichnet sich durch verschiedenes Verhalten auf verschiedenen Nährböden aus.

Die aus den experimentell erlangten Borken hergestellten Kulturen unterscheiden sich ein wenig von den zum Hervorrufen der Borken angewendeten.

Die anscheinend verschiedenen Favuskulturen verlieren gewissermafsen ihre Differentialzeichen nach langzeitiger Überimpfung auf demselben Nährboden. Daraus folgt, dafs es ein gewisses Verhältnis giebt zwischen dem Aussehen der Favuskultur und dem Nährboden, auf dem der Pilz gezüchtet war, dafs der Pilz sich dem Nährboden anpafst.

Da der Pilz sich dem Boden anpafst, und da nach langzeitiger Überimpfung auf einem und demselben Nährboden der anscheinend verschiedenen, durch verschiedene Verfasser hergestellten Kulturen deren Differentialzeichen gewissermafsen schwinden, so ist leicht möglich, dafs die Verfasser einen und denselben Pilz beobachtet haben.

Es ist kein Grund vorhanden, zu behaupten, dafs es mehrere Favuspilze giebt.

C. Berliner-Aachen.

Über Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden, von Alexander Peyer. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* No. 356.) Während bei Frauen die Genitalleiden eine grofse Rolle als ätiologische Momente für Magenneurosen von jeher spielten, sind die Beziehungen der Erkrankungen der männlichen Genitalorgane zu

dyspeptischen Vorgängen bisher wenig beachtet worden. Auf Grund von 300 Krankengeschichten erörtert Verfasser den Zusammenhang. Meistens sind Abusus sexualis, Masturbation und Coitus reservatus die Ursachen der Neurasthenia sexualis, als deren Symptom die Affektion der Verdauungsorgane angesehen werden kann. Von älteren Schriftstellern hat l'ALLEMAND letztere mehr berücksichtigt. Nach einer kurzen Wiedergabe der Mageninnervation durch den Vagus und Sympathicus wendet sich Verfasser zu einer Schilderung der verschiedenen Formen von Magenneurosen, die er in Motilitäts-, Sensibilitäts- und Sekretionsneurosen einteilt. Unter den ersteren ist am häufigsten die Atonie des Magens oder Gastroplegie, eine Abnahme der Kraft und Energie der Magenbewegungen, in akuter oder öfter in chronischer Form auftretend. Die Eructatio, das nervöse Aufstofsen, von Luft, die verschluckt oder nach OSER vom Magen aspiriert ist, nach EWALD auch zuweilen nur aus dem Oesophagus stammt, ist vom Verfasser ziemlich selten beobachtet, häufiger aber die Pneumatose, die Trommelsucht, das Aufgetriebensein. Selten begegnet man dem Krampf der Cardia und des Oesophagus, der heftigen Schmerz auslösen kann, wie dem nervösen Erbrechen, welches ja gerade bei Frauen eine häufige Folge von Genitalleiden ist. Andere Formen von Motilitätsneurosen sind Regurgitation und die Rumination (Merycismus, Wiederkäuen), von welch letzterer Verfasser vier Fälle beobachtet hat, die Peristaltische Unruhe (Tormina ventriculi nervosa [KUSSMAUL]), die Magenkrämpfe. Die Sensibilitätsneurosen des Magens bei der Neurasthenia sexualis äufsern sich als Anorexie, zuweilen verbunden mit Ekel und Acorie (fehlendes Sättigungsgefühl, als Bulimie (Cynorexie, Heifshunger), als Gefühl von Öde, Leere, Flausein, Übelkeit, als eigentliche nervöse Dyspepsie. Häufigere Vorkommnisse bei männlichen Genitalleiden sind die Sekretionsneurosen des Magens: die Hypersekretion, „der Magen flufs", periodisch oder kontinuierlich auftretend, und die Hyposekretion.

Verfasser glaubt, dafs die nervösen Magenerkrankungen bei männlichen Genitalleiden an Häufigkeit nur noch von der Spinalirritation übertroffen werden; es können mehrere Formen gleichzeitig bestehen oder auch die eine die andere ablösen. Pneumatose, Anorexie und Magenkrämpfe sind die häufigsten Äufserungen dieser auf Reflex beruhenden Verdauungsanomalien, während beim Weibe Eruktationen, Erbrechen, Cardialgien die Hauptrolle spielen. Die Therapie mufs das Nervensystem und die Genitalleiden ins Auge fassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einleitung zum Studium der am Menschen parasitär vorkommenden Schimmelpilze, von H. LESLIE ROBERTS. (Inaug.-Dissert. Edinburg 1893.) Verfasser hat sich die dankenswerte, obzwar nicht ganz leichte Aufgabe gestellt, eine möglichst umfassende Darstellung unserer Kenntnisse von den beim Menschen vorkommenden Schimmelpilzen, sowie eine systematische Klassificierung derselben zu liefern; und obgleich wohl nicht jeder ohne weiteres bereit sein wird, seine sämtlichen Deductionen zu unterschreiben, so wird man doch zugeben müssen, dafs die Arbeit zum mindesten sorgfältige Forschungen und viele anregende Ideen enthält. Der Stoff zerfällt in folgende Hauptabschnitte: 1) Vergleichende Morphologie und Biologie; 2) Die Naturgeschichte der am Menschen parasitär vorkommenden Pilze. 3) Die Kultur derselben. 4) Die verschiedenen Nährmedien und die Anpassung der parasitären Schimmelpilze an dieselben. 5) Die Entstehung von Spielarten. 6) Klassificierung der Parasiten. Aus letzterem Kapitel, welches das wesentlichste Ergebnis der Arbeit darstellt, sei die von ROBERTS (provisorisch) aufgestellte Einteilung hier wiedergegeben: Er unterscheidet vier Hauptgruppen: Aspergilli, Mucorini (?), Saccharomycetes und Haplomycetes domestici. Von Aspergillus giebt es die drei Arten A. fumigatus, niger und flavus. Die Mucorini zerfallen in M. racemosus und mucedo, doch ist diese ganze

Gruppe in ihrem eigentlichen Wesen noch nicht völlig klar. Unter der Bezeichnung Haplomyceten versteht Verfasser alle die einfach fadenförmigen Fungi, welche im stande sind, sich auf verschiedene Weisen vikariierend fortzupflanzen, und welche am Menschen, sowie an den Tieren als Parasiten sich entwickeln. In dieser Rubrik werden in Parallele gestellt das Achorion und das Trichophyton. Von ersterem unterscheidet er drei Unterarten: a) das Achorion muridarum, b) A. hominis corporis c) A. hominis capitis vulgare. Von Trichophyton werden fünf Abarten anerkannt: T. muridarum, T. album austriae, T. fuscum (Microsporon furfur), T. nigrum austriae und das für die Spezies typische T. hominis capitis vulgare.

Wenn auch, wie Verfasser in seiner Vorrede selbst hervorhebt, weitere Forschungen vielleicht andere Merkmale und ein verbessertes Prinzip der Einteilung zu Tage fördern mögen, so stellt dieser Versuch immerhin einen sehr wertvollen Beitrag zu unserer Kenntniss des Gegenstandes dar und hat auf die vollste Beachtung seitens eines jeden, der dieser Frage näher tritt, Anspruch. *Philippi-Nieheim.*

Über Gasphlegmonen, von Dr. Eugen Fraenkel, Prosektor am Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Mit 3 chromolithographischen Tafeln. Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1893. In dem vorliegenden Buche giebt E. Fraenkel die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Ätiologie der Gasphlegmonen ausführlich wieder. Er geht von der These aus, dafs die diffus eiterigen Phlegmonen von den diffus septischen prinzipiell zu trennen sind; für erstere ist die Eiterbildung, für letztere die Gasbildung charakteristisch. Wo letztere neben ersterer vorkommt, handelt es sich um eine Mischinfektion. Von den früheren Arbeiten hält Verfasser nur diejenige von E. Wicklein (*Virch. Archiv* 125) für wertvoll, der eine besondere Bacillenart züchtete. Der Befund von Chiari, der bei einem septischen Emphysem das Bacterium coli commune als Urheber feststellte, kann bei dem negativen Ausfall des Tierexperiments nicht als zweifellos anerkannt werden. Die Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich auf vier genau geschilderte Fälle, in allen land er einen charakteristischen Bacillus, der am besten in mit 1%igem Traubenzucker versetzten, und durch 1% einer bei 14° R. gesättigten Lösung von kohlensaurem Natron alkalisiertem Nähragar gedieh. Es sind kurze, etwas plumpe, vollkommen unbewegliche, mit abgerundeten Enden versehene Stäbchen, die sich zu Scheinfäden aneinanderreihen und so lange Ketten bilden können. Die Entwickelung von Sporen war nur ganz ausnahmsweise zu beobachten. Zur Färbung eignen sich alle Anilinfarben. Verdünntes Karbolfuchsin (1 : 9) hat sich für Deckglaspräparate, Löfflersche und Weigertsche Methode für Schnitte am besten bewahrt. Die mit Reinkulturen angestellten Tierversuche ergaben, besonders beim Meerschweinchen, positive charakteristische Resultate, es kam in typischer Weise zu einer Gasentwickelung im Unterhaut- und Zwischenmuskelgewebe mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens, oft mit tödlichem Ausgange, bei der aber, solange es sich um eine reine Infektion mit dem Gasbacillus handelte, keine Spur von Eiterbildung vorhanden war. Danach ist es kein Zweifel, dafs dieser vom Verfasser „Bacillus phlegmonis emphysematosae“ genannte Mikroorganismus Urheber der Gasphlegmonen ist. — Gute Illustrationen erläutern diese gründliche bakteriologische Studie.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Über Arznei-Exanthem nach Darreichung von Analgen-Vis, von Dr. Caminer-Elberfeld. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 30.) Nach Verabreichung von 2 g Analgen beobachtete C. ein scharlachähnliches Exanthem, das sich über den ganzen Körper ausbreitete und aufser einem starken Juckgefühl keine weiteren Beschwerden verursachte. Das Exanthem ging dann nach Aussetzen des Medikaments zurück.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein eigentümlicher Fall von Purpura mit Anzeichen, die an Purpura rheumatica und Purpura haemorrhagica erinnern, von J. A. Cantrell-Philadelphia. (*College and clin. Record.*) Die neunjährige Patientin erfreute sich bis zum Ausbruche ihrer Krankheit, Mitte November 1888, einer guten Gesundheit. Die Krankheit begann mit Schmerzen in den Waden beider Beine, welche etwa 7 Tage anhielten, die Knöchel waren ödematös geschwollen und schmerzhaft. Nach einigen Tagen ergriff die ödematöse Schwellung die Unterschenkel bis hinauf zu den Knien. Die kleine Patientin mufste zu Bett liegen. Es bestand mäfsiges Fieber, etwas Übelkeit, die inneren Organe waren normal. Die Zunge ist trocken, aber nicht belegt. Die Affektion auf der Haut war charakterisiert durch stecknadelkopf- bis erbsengrofse, erythematöse, blafsrote, über das Niveau der Haut nicht erhabene Flecke. Der Zustand verschlimmert sich in der nächsten Zeit, nimmt zeitweilig einen bedrohlichen Charakter an und wird erst unter der geeigneten Behandlung nach mehreren Wochen wieder normal. Die Hautsymptome verschwanden erst vollständig nach mehreren Monaten.

C. Berliner-Aachen.

Zur Lehre von der Peliosis rheumatica, von Hertzka. (*Arch. f. Kinderheilk.* 14. Bd., Heft 3 u. 4.) Verfasser beobachtete einen klassischen Fall von Peliosis rheumatica im Sinne Schönleins.

Der elfjährige Knabe erkrankte mit Erbrechen, Delirien, heftigem Kopfschmerz, Fieber bis 41°, grofser Prostation. Wir haben also das Bild einer akuten Infektionserkrankung; die Gehirnerscheinungen bestanden sechs Tage, während der Eruption der Peliosis, die shokartig auftrat, und schwanden in dem Mafse, als sich der Gelenkrheumatismus ausbildete.

F. Hahn-Bremen.

Bemerkungen zur Blutstillung bei Hämophilie, von Zoege v. Manteuffel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 28.) Ein schwächlicher Knabe, Hämophile, hatte nach einer Zahnextraktion ohne Unterbrechung tagelang geblutet. Auf Grund früher gemachter Erfahrung stillte Verfasser die Blutung zuerst durch Injektion einer 0,5%igen Kokainlösung in die Gingiva, die aber alle 5—6 Stunden erneuert werden mufste, jedesmal allerdings prompt wirkte. Auf sein Ersuchen wandte Prof. Alex. Schmidt dem Falle seine Aufmerksamkeit zu. Derselbe schlofs zunächst daraus, dafs das Blut des Patienten nach 4½ Minuten gerann, es müfste an den gerinnungsbefördernden Substanzen im Blute fehlen, da sonst nach gröfseren Blutverlusten die Gerinnung in wenigen Sekunden eintritt. Drei Substanzen hält Schmidt zur Gerinnung für nötig: 1. die von ihm Prothrombin genannte unwirksame Vorstufe des Fibrinferments; 2. eine Gruppe von in Alkohol und alkalischen Flüssigkeiten löslichen

Stoffen, durch deren Einwirkung auf jene Vorstufe das Ferment abgespalten wird; 3. die löslichen Blutsalze, welche das an sich in der Blutflüssigkeit lösliche fermentative Umwandlungsprodukt der Blutglobuline in die unlösliche Modifikation, d. h. in Faserstoff überführen. Die Salze, „Zymoplasma" genannt, übergab SCHMIDT nun dem Verfasser zur Prüfung und auch eine Thrombinlösung, von der er sich aber weniger versprach. Das Zymoplasma brachte im Reagensglase das Blut des Kranken, das sonst in 4½ Minuten gerann, in 10 Sekunden zur Gerinnung. Nach vorausgeschickter Kokaininjektion wurde ein damit getränktes Wattebäuschchen aufgelegt, die Blutung kehrte darauf nur nach langen Zwischenräumen in sehr geringem Maſse wieder, um schlieſslich ganz zu stehen. Verfasser schloſs an diesen Fall eine Reihe von Versuchen, indem Katzen durch flache Schnitte die Zehenballen abgeschnitten und dann auf die eine Pfote Wattebäusche in zymoplastische Substanz, auf die andere solche in Kochsalzlösung getaucht aufgelegt wurden, ohne einen Druck auszuüben. Dabei war die blutstillende Wirkung des Zymoplasmas deutlich, da stets die damit behandelte Pfote viel schneller zu bluten aufhörte. Das Wesen der Hämophilie ist auch durch diese Blutstillungsmethode nicht aufgeklärt. Wenn die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Hämophilen als normal bezeichnet wird, so fehlt dabei die Angabe, wann das Blut den Patienten entnommen ist, da ja, wie erwähnt, die Gerinnungsfähigkeit des Blutes in der Norm ganz erheblich zunimmt. Die Theorien von der Hypoplasie des Gefäſssystems und der Plethora stehen auf ganz schwachen Füſsen. WRIGHT hat kürzlich empfohlen, durch Einbringen von Fibrinferment und Chlorkalium in die Blutbahn die Blutungen zu stillen. SCHMIDT hält das für sehr gefährlich, namentlich wäre die stets neues Ferment abspaltende zymoplastische Substanz von unberechenbarer Wirkung. Örtlich angewandt, ist sie, zumal wenn man durch Kokain gleichzeitig die Gefäſse zur Kontraktion bringt, von groſsem Werte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Urticaria und Tod nach einer Ovariotomie, von OMORI und IKEDA-Japan. (*Centralbl. f. Gynäk.*) Am fünften Tage nach der Operation stieg plötzlich die Temperatur bei der 54jährigen Patientin. Der ganze Körper bedeckte sich mit einem urticariaähnlichen Ausschlage. Nach Verlauf von wenigen Stunden trat unter peritonitischen Erscheinungen der Tod ein. *C. Berliner-Aachen.*

I. **Lokale Asphyxie der unteren Extremitäten.** II. **Sklerotrophoneurose und Asphyxie der oberen Extremitäten,** von DUBOIS-HAVENITH. (*La Policlinique.* 1893. No. 15.) Der erste Fall betrifft einen 27jährigen Bierbrauer, bei dem sich plötzlich, zuerst am linken, dann am rechten Unterschenkel starkes Ödem mit bläulicher Verfärbung der Haut bei mäſsiger Schmerzhaftigkeit einstellte. Die cyanotische Färbung überdauerte das Ödem um einige Tage, um dann ebenfalls spontan zu verschwinden unter dem Einflusse der ruhigen Rückenlage.

Im zweiten Falle waren in ähnlicher Weise die oberen Extremitäten befallen, die nervösen Symptome (Kribbeln, plötzliches Weiſswerden der Haut beim Eintauchen der Hände in Wasser) jedoch stärker ausgeprägt, die Haut hart, glatt, sklerotisch.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Traumatische Entzündungen.

Unguis incarnatus und dessen chirurgische Behandlung, von W. R. HOWARD. (*New York. med. Journ.* 27. Mai 1893.) Bei besonders hartnäckigen Fällen empfiehlt Verfasser, einen kleinen Keil von Haut und Weichteilen unterhalb des Nagels auszuschneiden und die so entstehenden Wundränder mit tiefgreifenden Seidennähten zu

vereinigen. Auf diese Weise werden die überwachsenden Hautteile vom Nagel ausgiebig zurückgezogen. Etwa 20 Fälle seien von ihm auf diese Weise zur vollsten Zufriedenheit behandelt worden. Die alte Methode des Abreifsens verwirft er entschieden, gewifs mit Recht. Für gelindere Fälle empfiehlt er Heftpflasterverbände, Ausstopfen mit Watte etc. *Philippi Nieheim i. W.*

Über Pathogenese des Verbrennungstodes, von AUGUST HOCK. (Vortrag in der Wien. dermatol. Gesellsch. vom 25. Jan. 1893. *Wien. med. Woch.* 1893. No. 17.) Im Anschlufs an den Vortrag von REIS, der Pyridin und verwandte Substanzen im Harn von dem Verbrennungstode Verfallenen nachgewiesen hat, berichtet HOCK über seine eigenen Untersuchungen. Die meisten Autoren suchen die Ursache der verderblichen Folgen von Verbrennungen in Veränderungen der roten Blutkörperchen und Gerinnungsvorgängen, welche Thrombosen und Ernährungsstörungen in den verschiedensten Organen hervorrufen. WERTHEIM fand Teilungen, resp. Abschnürungen der roten Blutkörperchen, Mikrocyten, mannigfache Gestaltsveränderungen, die nekrobiotischen Vorgängen entsprechen. LESSER fafste die Blutveränderungen als traumatische Anämie, d. h. als Verarmung an roten Blutkörperchen auf, was SONNENBERG und HOPPE-SEYLER bestreiten. TAPPEINER fand in vier Fällen Eindickung des Blutes, Verarmung an Plasma. Verfasser fand zunächst Poikilocytose, Abschnürungen, Teilungen, unregelmäfsige Formen. Mit EHRLICHschem Eosin-Methylenblau findet man in den einzelnen Blutkörperchen mit Methylenblau gefärbte Stellen; auch die Mikrocyten nehmen diesen Farbstoff an. Ähnliche Veränderungen fanden MARAGLIANO und CASTAGLIONE bei Kachektischen. Aufserdem fand sich eine Leukocytose, besonders die mehrkörnigen, basophilen Leukocyten betreffend. Nach HAMMERSCHLAGscher Methode wurde die in der Norm 1060 betragende Blutdichte bis zu 1075 gestiegen gefunden; genauere Angaben finden sich in der Arbeit von SCHLESINGER (schon referiert!). Das Blut hat nicht die Fähigkeit, seine Dichte konstant zu erhalten; dieser Umstand, wie die abnorme Beschaffenheit der roten Blutkörperchen sind die wichtigsten Punkte. — Was die Therapie betrifft, so ist sie ziemlich machtlos. Subkutane Infusion führte nicht zur Resorption, intravenöse brachte nur vorübergehend, allerdings erhebliche Besserung. Letztere könnte noch weiter versucht werden. Im übrigen gelten die alten Regeln. — Zum Schlusse empfiehlt Verfasser die These, dafs das Blut in den ersten Tagen eine gewisse Eindickung erfährt, die später wieder schwindet, zur Nachprüfung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die lokale Behandlung der Brandwunden, von FAYTT. (*Gaz. lek.* 1893. No. 6, nach *Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 36.) Verfasser läfst bei Brandwunden zunächst feuchte Umschläge machen (Salicyl-Sublimatlösung, Aq. Goulardi), bis die nekrotischen Gewebspartien entfernt werden können. Von dem Moment bedeckt er die Wunde mit einem grofsen Stück Protectiv-Silk, darüber antiseptischer Verband.

Die Vorzüge des Verfahrens erblickt Verfasser darin, dafs die Wundsekrete leicht an dem glatten Silk bis an die Ränder laufen und dort aufgesaugt werden; der Verband klebt nicht an, die Schmerzen sind gering, und die Narben sollen geringe Tendenz zur Schrumpfung zeigen. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung der Brandwunden (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1892. No. 95, nach *Répet. de Pharm.*) empfiehlt CAPITAN Abwaschen mit Borwasser oder 0,5 %oiger Sublimatlösung, Kauterisieren der ulcerierten Partien mit glühender Nadel und Applikation folgender Salbe (mit steriler Hand):

℞ *Salol*	4,0
Cocain. mur.	0,25
Vaselin.	30,0

Darüber feuchte Sublimatgaze. Alle 2—3 Tage Wechseln des Verbandes, während die Gaze in der Zwischenzeit durch daraufgetröpfelte Sublimatlösung feucht erhalten wird; so beobachtet man weder Eiterung noch Schmerz. *F. Hahn-Bremen.*

Über einige Hautkrankheiten der Musiker, von STERN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1891. No. 42.) Bei Geigenspielern sah Verfasser eine sykosiforme Erkrankung der linken Halspartie unterhalb des Kinnrandes. Heilung durch Epilation etc. etc., doch baldiges Recidiv, falls man nicht durch Heftpflaster oder Halstuch den Druck der Geige abschwächte, der die Erkrankung hervorgerufen hat. Bei einem Flötenspieler trat ein heftiges Ekzem um den Mund auf; derselbe spielte eine Flöte, die aus Grenadillholz bestand. (Grund des Ekzems: Harzgehalt des Holzes.) Bei Trompetern sah Verfasser öfter Furunkel an der Unterlippe, ferner Verdickungen derselben, tylosisartig, oder mehr einem Cornu cutaneum ähnelnd.

F. Hahn-Bremen.

Über einen komplicierten Bromausschlag bei einer 50jährigen Frau, von MARTY. (*Verhandl. der Société de dermatol. de Paris,* 23. Juni 1891.) Patientin nahm tägl. 1 g Bromkalium + 1 g Bromnatrium ein. Nach drei Wochen trat plötzlich ein starkes Exanthem auf; aufser Aknepusteln und Papeln scharlachartige Flecke auf dem Rumpf, Furunkel und ein fünffrankstückgrofser gangränöser Fleck am linken Arme. Heilung nach Aussetzung der Medikation. Wenige Wochen später vertrug dieselbe Patientin anstandslos dieselbe Medikation. *F. Hahn-Bremen.*

Über Dermatol-Dermatitis, von MATHEUS. (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 8.) Verfasser hat in einigen Fällen von Unterschenkelgeschwüren nach Anwendung von Dermatol eine heftige Entzündung der umliegenden Haut beobachtet, und zwar trat dieselbe am Ende der ersten oder Anfang der zweiten Woche auf. Die befallene Hautpartie war stark gerötet, fühlte sich heifs an und sonderte grofse Mengen wässeriger Flüssigkeit ab. *L. Hoffmann-Berlin.*

Neurotische Entzündungen.

Über einen sehr merkwürdigen Fall von universellem Herpes zoster, von COLOMBINI. (*Comment. clin. d. mal. cutanee et gen.-ur.* 1893. No. 1—4.) Nach einer Übersicht der verschiedenen Theorien des Herpes zoster teilt Verfasser die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von bilateralem universellen Zoster mit. Aus der Litteratur vermochte er nur noch drei ähnliche Fälle zusammenzubringen (DE AMICIS, PENNETTI, PUGLIESI), von denen ihm der eine (PUGLIESI) noch zweifelhaft erscheint.

Der Fall betrifft einen 30jährigen Mann, welcher wiederholt Malariaanfälle durchgemacht hatte. Nach einem derselben wurde Patient von heftigsten neuralgischen Schmerzen befallen, die sich nach und nach unter Temperatursteigerungen über den ganzen Körper verbreiteten. Am dritten Tage kam sehr intensives Brennen hinzu, und fast gleichzeitig traten, genau dem Verlaufe der neuralgisch befallenen Nerven entlang und symmetrisch verteilt, erythematöse Flecke auf, auf denen sich Bläschengruppen entwickelten. Derselbe Procefs spielte sich auf der Mundhöhlenschleimhaut ab. Nach dem Erscheinen des Ausschlages nahmen die Schmerzen etwas ab.

Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhaltes ergab die Gegenwart des Staphylococcus pyogenes aureus, sowie den von MARCHIAFAVA und CELLI entdeckten Malariaplasmodien. Gestützt auf diesen Befund, ist Verfasser der Ansicht, dafs die intermittierenden Fieberanfälle sowohl als der Zoster demselben Virus, den Plas-

modien, ihre Entstehung verdanken. Überhaupt teilt er die Meinung Landouzys, welcher im Herpes zoster eine febrile, immunisierende, auf nervösen Störungen beruhende Allgemeininfektion, eine spezifische Neuropathie erblickt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Behandlung der Prurigo bei Kindern. Iwanow empfiehlt fette Diät, gegen das Jucken Einreibungen mit Karbol (3—6%) oder Eisessig (5—10%) in wässeriger Glycerinlösung. Häufige Bäder sind schädlich, seltene mit nachfolgender Einreibung von Glycerinlösung nützlich. Nach Beseitigung des Juckens sind zweimal täglich Glycerineinreibungen monatelang fortzusetzen. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 9. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 67.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Epidermolysis bullosa hereditaria, von E. Herzfeld-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 34.) Am 30. April 1892 kam ein 25jähriger Schlosser in die Blaschkosche Poliklinik mit der Klage, dafs er häufig an Blasen an den Händen und Füfsen leide. Von seinen sieben lebenden Geschwistern litten zwei Brüder und eine Schwester an derselben Affektion. Die Anamnese ergab: Bei Betrachtung der Hände des Patienten bekommt man zunächst den Eindruck, dafs man die Hände einer 60—70jährigen Frau vor sich habe, besonders auf der Dorsalseite. Die Haut daselbst ist dünn, atrophisch, dunkelblau-rot und stark gerunzelt. Auf der Volarseite dagegen zeigt die Hand eine sehr starke Spannung; die Zeichnung der kleineren Riffe und Furchen ist fast völlig verstrichen; die gröfseren Falten sind etwas ausgezogen und mit verdünnter Haut bedeckt, an den Fingergelenken zum Teil etwas rissig. Die Spannung der Haut ist an diesen Stellen so stark, dafs ein völliges Strecken der Finger nicht möglich ist. Auf beiden Händen, innen und aufsen unregelmäfsig zerstreut, sieht man zahlreiche, flach prominierende, hirsekorn- bis bohnengrofse Blasen mit bald serösem, bald blutigem Inhalt, zum Teil frisch, zum Teil älter, entweder geplatzt und mit verschorfter Decke, oder intakt und tief rotbraun gefärbt. Die Fingernägel zeigen sehr hochgradige Veränderungen, die man am besten wohl als Verkümmerung bezeichnen könnte. Während nämlich einzelne Nägel klauenförmig enden, sind die meisten in verschiedene Schichten zerblättert, indem sie am Rande in unregelmäfsig gezackten, terrassenförmig angeordneten Linien aufplatzen. Die Haut an den Füfsen ist in ähnlicher Weise verändert, wie an den Händen, nur nicht so hochgradig. Die Nägel an den Zehen zeigen dieselben Veränderungen, wie die Fingernägel, meist jedoch fehlen dieselben vollständig. Über den Ellenbogen, den Knieen und der Nasenspitze ist die Haut ebenfalls verdünnt, blaurot und klauenförmig abschuppend. Die Sensibilität ist normal. An den Händen ist eine enorme Hyperidrosis vorhanden.

H. sucht das Wesen der Epidermolysis bullosa hereditaria in einer Keimesanomalie, die erst im extrauterinen Leben zu Tage tritt, in einer Leichtlöslichkeit der Stachelzellenschicht, und damit einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit der Haut traumatischen Reizen gegenüber.

Die Prognose ist quoad vitam günstig, quoad sanitatem pflegt die Blasenbildung in höherem Alter meist etwas nachzulassen. Therapeutisch wurde gegen die Hyperidrosis Chromsäure mit einigem Erfolg angewandt, während innerlich Arsen und alle Salben sich machtlos gegen das Leiden erwiesen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a) *Lepra.*

Über die Übertragung der Lepra auf Tiere, von Alessandro Tedeschi. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 4. Mai. 1893.) Verfasser berichtet über seine

Versuche mit der Inokulation von Leprasubstanz und Blut aus Lepraknoten in das Nervensystem von Tieren. Durch subdurale Inokulation erregte er bei Kaninchen und Meerschweinchen Meningoencephalitis und Meningomyelitis mit zahlreichen Leprabacillen. Das wichtigste Experiment wurde an einem Affen ausgeführt. Nachdem ein minimales Stück Lepragewebe unter die Dura des Rückenmarkes eingeführt war, wurde das Tier sofort paraplegisch, an den drei folgenden Tagen nur noch paretisch an den Hinterbeinen. Nach acht Tagen trat unter Erscheinungen der Paralyse der Tod ein. Bei der Sektion erwies sich das Rückenmark auf eine lange Strecke eingehüllt in eine rotgelbe Schicht von mäfsiger Konsistenz und umgeben von einer weifsgelben, etwas trüben Flüssigkeit. In beiden fanden sich massenhaft Leprabacillen, die in keinem Verhältnis zu den mit dem Stück eingeimpften standen. Das Nervengewebe des Rückenmarkes war schwer alteriert. In der Leber, die eine parenchymatöse Hepatitis zeigte, und in der geschwollenen Milz fanden sich die gleichen Bacillen. Verfasser sucht nun den Beweis zu führen, dafs erstens es sich nicht um Tuberkulose handelt, zweitens die Veränderungen auf eine ungeheure Vermehrung der Leprabacillen zurückzuführen sind. Es soll sich also um eine gelungene Lepraimpfung handeln, wie sie ja noch nicht allgemein anerkannt ist, da selbst die Resultate von Melcher und Orthmann angezweifelt werden. Jedenfalls ist es schade, dafs Verfasser das Experiment am Affen nur einmal ausgeführt hat, ein Versuch kann schwerlich als beweisend angesehen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Veränderungen der Muskeln und Sehnen bei Lepra, von Wunkow. (*Virch. Arch.* Bd. 131. Heft 2.) Die Untersuchung von Thenar, Hypothenar, Interossei, wie der Beuge- und Strecksehnen der Hand bei einem Leprakranken ergab den Befund von Leprabacillen in diesen Organen. Die Muskelfasern waren durch neugebildetes Bindegewebe auseinandergedrängt und durch Druck zum Schwinden gebracht, nicht durch nervöse Einflüsse (Leloir und Neisser). Die Atrophie der Muskelfaser geht parallel der Masse des Bindegewebes. Dieses entsteht durch den Reiz der Leprabacillen, die sich in seinen Zellen und in der Zwischensubstanz reichlich vorfinden, nie in der Muskelfaser selbst. In den Sehnen sitzen die Bacillen auch im neugebildeten, interstitiellen Bindegewebe, aber auch in dem zum Teil vakuolisierten Sehnenzellen. Atrophische Sehnenfasern sind nicht vorhanden, die primären Sehnenbündelchen sind von neugebildetem Bindegewebe umgeben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Öl des Hypnocarpus inebrianus ein Mittel gegen Lepra, von Rhan Daji. (*Sem. méd.* 1893. No. 46.) Der Verfasser, Arzt am grofsen Hospital in Bombay, hat mit dem oben genannten Präparat eine Reihe von Heilungen und Besserungen erzielt, jedoch das Mittel geheim gehalten, bis ein Europäer dasselbe rekognoscierte. Es werden 0,6—1,5 in gekochter Milch morgens dem Patienten gegeben. Der Geschmack ist angenehm. Aufserdem wurde der Patient am ganzen Körper mit reinem Öl eingerieben und erhielt zwei Stunden später ein warmes Bad. Zuweilen wurde am Tage oder abends noch eine zweite Einreibung ausgeführt. Auch auf erkrankte Schleimhäute wurde das Mittel appliciert. Schweine- und Ochsenfleisch, Fisch, alkoholische Getränke, Thee und Kaffee sollen vermieden werden. Warme Früchte, Gemüse, Eier und Butter sind gestattet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b) *Tuberkulose.*

Die tuberkulösen Affektionen der Haut, von J. Fabry. (*Festschrift zur Feier des 25jährigen Jubiläums des Ärztlichen Vereins im Regierungsbezirk Arnsberg.* J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.) Der Verfasser giebt einen Bericht über die von ihm beobachteten Fälle von Hauttuberkulose in ihren verschiedenen Formen.

Gesamtzahl der Beobachtungen: 174 (97 weiblich, 77 männlich).
Scrophuloderma 33 (18 weiblich, 15 männlich).
Lupus syphiliticus 4 (1 weiblich, 3 männlich).
Tuberkulöses Geschwür 1 (männlich).
Lues und Tuberkulose 1 (männlich).
Lupus vulgaris 135 (56 weiblich, 79 männlich).

Der Lupus safs am Gesicht 92 mal, am Gesicht und an den Extremitäten 9 mal, an den Extremitäten allein 22 mal (darunter 8 mal Tuberculosis verrucosa), in der Glutäalgegend 3 mal, an der Schleimhaut 7 mal. Die Prinzipien der Lupusbehandlung waren: Auslöffelung mit nachfolgender Kauterisation; Nachbehandlung mit Pyrogallussäure, Sublimatumschlägen, Salicylsalbe. Die Auslöffelung mufs so oft wiederholt werden, als sich Recidive zeigen. Excision mit folgender Transplantation nach THIERSCH wurde mit gutem Erfolge ausgeführt. Innerlich wurde Arsenik in steigender Dosis und JASPERS Kreosotpillen gegeben. Mehrere interessante Fälle von Lupus vulgaris werden wiedergegeben. Die Bezeichnung Lupus syphiliticus behält Verfasser für vier Fälle bei, trotzdem er selbst erklärt, dafs man dieselbe besser beiseite läfst. Ein Fall von Lues und Tuberculosis praeputii ist von besonderem Interesse. Trotzdem die histologische Untersuchung das Gewebe als tuberkulös bezeichnete, läfst der günstige Verlauf nach spezifischer Kur doch einen Zweifel an der Diagnose nicht ganz unterdrücken. Wenn Verfasser sagt, dafs die Entwickelung von Lupus aus einem Scrophuloderma zu den täglichen Beobachtungen gehört, so ist das wohl etwas viel gesagt; nach der Anschauung anderer Autoren ist es doch ein selteneres Vorkommnis. Behandelt wurde das Scrophuloderma intern mit Arseneisentropfen, feuchten Verbänden mit Aqua plumb. und Aqua carbolis. ää, Einreibungen von

Hydrargyr.
Lanolin. c. Ol. olivar.
Vaselin. flav. ää 15,0
Mf. ung. tere trit.

Chirurgisch wurde selten eingegriffen.

Im ganzen ist die Arbeit eine dankenswerte Bereicherung der Kasuistik.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Ätiologie und Histologie des Chalazions. Inaug.-Dissert. von R. KRAUSE. Auf Grund von neun mikroskopisch untersuchten Chalazien kommt Verfasser zu der Ansicht, dafs Chalazion keine Lokaltuberkulose sei, sondern ein chronisch entzündlicher Prozefs der Meibomschen Drüsen, der von dem sie umgebenden Bindegewebe ausgeht; als Erreger sind verschiedene Mikrokokken anzusprechen, die auf dem Wege der Lymphbahn ins periacinöse Gewebe gelangen. Disponierend wird skrophulöse Blepharoconjunctivitis. *F. Hahn-Bremen.*

Lupus vulgaris nach Berührung mit tuberkulösem Sputum, von W. T. CORLETT. (*Journ. cutan. and gen.-ur. dis.* April 1893.) Eine 32jährige Frau ohne hereditäre Belastung hatte eine phthisische Freundin gepflegt, und es war zuweilen vorgekommen, dafs beim plötzlichen Hustenanfall der Schleim von der Kranken ihr ins Gesicht flog. In weniger als einem Jahr zeigte sich eine kleine, rote Stelle auf der Stirn, und als Patientin den Verfasser konsultierte, bot sie fünf unverkennbare Lupusherde, sowie eine Anzahl Papeln an verschiedenen Stellen des Gesichtes dar.

Philippi-Nieheim.

Über Inokulationslupus, von G. GRAMM. (*Bruns Beitr. z. klin. Chir.* X. 3.) Vier Fälle von Inokulationslupus werden berichtet und zahlreiche aus der Litteratur citiert, in denen der Lupus sich an eine Verletzung anschlofs. Da auch

Fälle von Hauttuberkulose nach Trauma beobachtet sind, fragt es sich, wodurch die verschiedene Folge bei gleicher Ursache bedingt ist. Drei Möglichkeiten erörtert der Verfasser: verschiedene Virulenz der Tuberkelbacillen, verschiedene Resistenzfähigkeit des betroffenen Individuums und Verschiedenheit der Eingangspforte, da ja nicht nur die Wunde, sondern auch Haarbälge und Talgdrüsenausführungsgänge dem Eintritt der Bacillen dienen können. Letzterer Weg ist ja für Eiterkokken erwiesen. Auf 573 Lupusfälle an entblößten Körperteilen kommen nur 62 an nicht entblößten. Diese Thatsache stützt die Annahme von der Häufigkeit des Inokulationslupus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Tuberkulose und der Lepra mit Blut von Tieren, die gegen die Tuberkulose immun gemacht worden waren, von Prof. Babès. Vortrag, gehalten auf dem Kongreſs zum Studium der Tuberkulose. Paris, 27. Juli bis 2. August 1893. (*Internat. klin. Rundsch.* 1893. No. 36.) Die Versuche einer Vaccination gegen Tuberkulose haben Cornil, Leloir, Babès seit 1883 gemacht. Richet und Héricourt konnten Hunde gegen Tuberkulose durch Injektion von Kulturen der Vogeltuberkulose refraktär machen. Babès konnte Hunde absolut immun machen durch sehr alte Kulturen in groſsen Dosen und periodische groſse Quantitäten virulenter Kulturen. Die Versuche sind sehr gefährlich; von 20 Hunden, 50 Kaninchen 2 Meerschweinchen lebten am Ende eines Jahres nur 4 immunisierte Hunde, 2 immunisierte Kaninchen und 1 immmunisiertes Meerschweinchen. Die direkte Todesursache ist gewöhnlich eine parenchymatöse Nephritis, die auf Rechnung einer Association von Mikrobien kommt. Einige Tiere starben zu einer Zeit, als die Immunität schon eine beträchtliche war. Das Blut der immunisierten Tiere wurde nun zur Behandlung der Tuberkulose bei Menschen und Tieren und der Lepra benutzt. 3,0—6,0 Hundeserum, gemischt mit 1% Phenollösung, haben, täglich injiciert, bei beiden Leiden ausgesprochene Besserung in drei Monaten bewirkt: Gewichtszunahme, Besserung des Appetits, Verminderung der Expektoration, in zwei Fällen sogar Verschwinden der Bacillen. Die Wirkung bei Leprösen war weniger evident, die Lepraknoten wurden geringer, die Kranken tonisiert. Mit dem Blute der immunisierten Tiere sind eine Ziege und eine Kuh geimpft, deren Milch bereits vaccinatorische Eigenschaften zeigt. Da die vaccinatorische Kraft des Blutes der immunisierten Hunde die therapeutische übertrifft, steht nach dem Vortragenden der Vaccination im groſsen Maſse bei Kindern tuberkulöser Eltern nichts mehr im Wege. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Nukleininjektionen bei Lupus, mitgeteilt von Dr. Heinrich Mourek. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893 No. 35.) Nachdem früher gezeigt, daſs das Nuklein, intern gereicht, pyrogen wirkt, eine Steigerung chronischer Prozesse mit zunehmender Leukocytose hervorruft, versuchte Verfasser, die subkutane Applikation des von Prof. Horbaczewsky hergestellten Präparates. 2,5 reines Nuklein wird unter tropfenweisem Zusatz von 5%iger Natronlauge unter Verreiben gelöst, 2,5 Phenol zugesetzt, auf 500,0 verdünnt und filtriert. 1,0 enthält 0,005 Nuclein; die Lösung ist haltbar. Die Injektionen am Interskapularraum waren schmerzlos, bewirkten keine Infiltrate. Es wurde mit 2½ mg angefangen, die folgende Injektion erst nach Abklingen der Allgemeinreaktion gemacht, die Dosis erst erhöht, wenn der Kranke auf die frühere nicht reagierte. Die höchste Dosis betrug 60 mg; meistens trat Reaktion nach jeder Dosis ein; Angewöhnung war nicht zu konstatieren. Die an zehn Kranken, darunter neun Leprösen, angestellten Versuche sollten mehr die allgemeinen Wirkungen des Nukleins klarlegen, als direkten therapeutischen Zwecken dienen. Die Allgemeinreaktion trat fast stets mit Fieber ein, das bis zwei Tage anhalten konnte; Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit waren oft vorhanden. Das Blut zeigte sechs bis sieben Stunden darauf stets eine Leukocytose; nach Ablauf der Reaktion war stets eine

Vermehrung der eosinophilen Leukocyten zu konstatieren. Lokale Reaktion, Rötung und Schwellung fehlten nie; sie stellte eine oberflächliche Dermatitis mit mäfsiger Transsudation dar; sie dauerte mehrere Tage. Besserung trat ein, Heilung nicht. Die Schlüsse lauten:

1. Das Nuklein ist eine pyrogene Substanz, welche bei interner Darreichung eine mäfsigere, bei subkutaner Injektion eine heftigere Wirkung entfaltet.

2. Das Nuklein unterstützt und verstärkt eine raschere Ausbildung der Leukocyten, ruft daher eine Leukocytose hervor.

3. Das Nuklein ruft eine Steigerung der chronischen Entzündungsprozesse hervor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung des Lupus, von URBAN. (*Festschr. f. Thiersch.* Leipzig.) Die gegen den Lupus verwendeten Mittel teilt Verfasser in vier Gruppen:

1. Innere Mittel, vor allem Eisen, Leberthran, Arsenik.

2. Indifferente Salben.

3. Ätzmittel: Argentum nitricum, Kalium causticum, Arsenikpaste, Pyrogallussäure, das Glüheisen. Die Zerstörung der tuberkulösen Infiltrate und der Tuberkelbacillen ist ihr Zweck.

4. Die blutigen Operationen: Skarifikationen, Ausschabungen mit scharfem Löffel.

Keins dieser Mittel hat sicheren Erfolg; die blutigen Operationen bringen noch die Gefahr der Verimpfung des Virus, d. h. der Allgemeininfektion. Als Grundsätze einer rationellen Therapie des Lupus stellt Verfasser folgende auf. Ein exspektatives Verfahren ist natürlich, da eine Spontanheilung selten oder gar nicht erfolgt, nicht zu rechtfertigen. Es ist deshalb eine operative Entfernung anzustreben, die aber nur im Gesunden ausgeführt werden mufs, unter sorgfältiger Vermeidung das kranke Gewebe bei der Operation anzuschneiden. Auf die Entfernung und Blutstillung, bei der aber jede Unterbindung zu vermeiden ist, folgen sofort THIERSCHsche Hauttransplantationen; Protektiv, feuchte Kochsalzkompresse, fester Bindenverband, Wechsel nach 24 Stunden. Wo entzündlich-ödematöse Infiltration besteht, mufs diese vorher beseitigt werden, wozu Tuberkulin und Ätzmittel zu empfehlen sind; dann erst kann operiert werden. Die absolute Gefahrlosigkeit, die Sicherheit des Erfolges sind die Vorzüge der Methode; entfernt man den Herd vollständig, dann sind auch Recidive nicht zu befürchten. Bei 16 so behandelten Fällen ist seit 1—2 Jahren kein Recidiv aufgetreten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

c) *Syphilis.*

Über die Therapie der Syphilis mit Sozojodol-Injektionen. Aus der Abteilung und Klinik des Prof. v. JANOVSKY. (*Casopis Lékaru Ceskysh.* 1892. No. 19, 21, 22.) Bei 78 Kranken, von denen 38 schon früher mit Quecksilber, meist mit Inunktionen behandelt, wurden im ganzen 283 Injektionen gegeben, jeden fünften Tag in die Muskulatur der Gefäfsregion, 0,08 Hydrarg. sozojod. auf eine Injektion. Die geringste Zahl von Injektionen, welche zur Erreichung des Effektes nötig war, war 1, die gröfste Zahl 8. Zweimal mufsten dieselben wegen Stomatitis ausgesetzt werden. Bis auf drei Kranke, welche sich der Behandlung entzogen, wurden alle vollständig geheilt; von diesen stellten sich aber später drei mit einem geringen Recidive ein, welches bei zweien sich nach vier, bei einem nach fünf Wochen entwickelte. (Das waren denn doch nicht „vollständige Heilungen". Ref.) Nebenbei stets lokale Therapie. Gewöhnlich trat den zweiten Tag nach der Injektion bedeutende Schmerzhaftigkeit ein. welche meist 2—3 Tage andauerte, bei einigen Kranken jedoch 7—8 Tage. Zugleich wurde eine geringe Infiltration an der Injektionsstelle beobachtet. In 4 Fällen kam es zur Ausbildung eines gröfseren Infiltrates. Abscesse entwickelten sich

nie. Stomatitiden zeigten sich in 8 Fällen, dreimal nach einer, dreimal nach zwei, zweimal nach drei Injektionen. Sie schwanden nach 3—4 Tagen unter Behandlung der erkrankten Stellen mit Acid. hydrobrom. und unter genügender Reinhaltung. Bei den schon früher behandelten Kranken war eine viel kürzere Behandlung nötig, als bei den noch nicht Behandelten, welche $3^1/_2$—6 Wochen lang injiciert wurden.

Das Hydrarg. sozojod. wird unter die gut wirkenden Injektionsmittel eingereiht. Sein Hauptvorteil besteht darin, dafs es nicht jene zahlreichen Unannehmlichkeiten hervorruft, welche oft bei anderen, hauptsächlich bei nicht löslichen Präparaten beobachtet wurden. Seine Wirkung auf Lues ist genügend schnell.

A. Straufs-Barmen.

Über Polyneuritis mercurialis spricht LEYDEN im Verein für innere Medicin zu Berlin, Sitzung vom 19. Juni 1893. Ein 23jähriger Schneider wurde unter Erscheinungen ausgesprochener Ataxie aufgenommen. Das Nervenübel entstand drei Tage nach einer antiluetischen Kur, die von Mitte December 1892 bis Februar 1893 gedauert hatte. Dasselbe begann mit ziehenden Schmerzen im Oberarm und Oberschenkel, taubem Gefühl, beschwerlichem Gang, grofser Mattigkeit. Er hatte darauf aufserhalb der Anstalt Jodkalium, in der Charité einige Injektionen erhalten. Bei Aufnahme zeigten sich neben den genannten Erscheinungen Vergröfserung der Drüsen, Zuckungen, gestörter Schlaf, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme auf Druck, Erloschensein der Sehnenreflexe, deutliche Ataxie, an der oberen Extremität eine Herabsetzung der Empfindung. Blase, Pupillen funktionierten normal, Gürtelgefühl bestand nicht. Der Zustand besserte sich bald, und am 23. Mai 1893 wurde Patient geheilt entlassen. Jodkalium, Bettruhe, gute Ernährung, zeitweise Antipyrin, Morphium, Chloralhydrat wurden ordiniert.

Der Kranke machte vollkommen den Eindruck eines Tabikers, die Diagnose konnte aber doch auf Neuritis mit tabischen Erscheinungen gestellt werden, die L. früher als akute Ataxie beschrieben hat; andere nennen sie periphere Tabes und Nervo-Tabes peripherica. Die Frage ist nun, ob diese Neuritis auf die Lues oder den Merkur zurückzuführen ist. L. nimmt das letztere an, da ein solches Krankheitsbild nach Lues noch nicht beschrieben ist, dasselbe der toxischen Neuritis, wie es JOLLY nach Arsenik beschrieben hat, entspricht, sich nach Quecksilber verschlimmerte, nach Aussetzen des Quecksilbers heilte. — Von den citierten diesbezüglichen Arbeiten sei nur derjenigen von LETULLE gedacht. (*Arch. de physiol. norm. et pathol.* 1887), welche die Lähmungen nach Quecksilber besonders berücksichtigt. Diese sind meistens motorischer Art, die Sehnenreflexe sind erhalten. Experimentell hat LETULLE gefunden, dafs bei Vergiftungen das Mark fast ganz zerfällt, nur der Axencylinder zurückbleibt. KETTLY hat einen Fall von akuter aufsteigender Paralyse nach Quecksilberintoxikation gesehen. — LEYDEN weist dann von seinem bekannten Standpunkte in der Frage betreffs des Zusammenhanges der Tabes mit Syphilis darauf hin, dafs Quecksilber bereits atrophische Nervenfasern zu zerstören vermag. LEWIN hat unter 80 000 Fällen niemals etwas ähnliches gesehen. Sehr auffallend ist die schnelle Heilung, trotzdem das Jodkalium nicht das Quecksilber aus dem Organismus entfernt. — REMAK hat auch niemals einen solchen Fall beobachtet. Die von ihm gesehenen Vergiftungserscheinungen entsprechen mehr dem von LANDGRAF beschriebenen Bilde. Starker Tremor, schlechtes Gehen, Steigerung der Sehnenreflexe. Der Ansicht französischer Autoren, dafs der Tremor hysterischer Natur ist, kann er nicht beipflichten, obgleich die Psyche oft alteriert ist.

BERNHARDT: Die sensibeln Störungen sind sehr eigentümlicher Natur. EHRMANN hat Fälle von multipler Neuritis nach Lues veröffentlicht, GOLDFLAUM beschrieb eine akute Facialislähmung nach Lues. Hinsichtlich der mikroskopischen Befunde ist

darauf hinzuweisen, dafs bei der Sklerose en plaques die Axencylinder auch intakt bleiben.

Leyden glaubt, dafs man mehr solche Fälle finden wird, wenn man die Aufmerksamkeit darauf lenkt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Resorption der Quecksilberdämpfe bei der Schmierkur, von Gaglio. (*Arch. di farmacol. e terapeut.*, März 1893; *Rif. med.* 1893. No. 122.) Verfasser hat in dem Palladium-Chlorür das empfindlichste Reagens auf Hg-Dämpfe gefunden. Dasselbe wird in der Weise dargestellt, dafs das im Handel vorkommende Salz in Salzsäure unter Zusatz von etwas Salpetersäure gelöst, die Lösung auf dem Wasserbade zur Trockene eingedampft, der Rückstand mit Salzsäure und dann mit Wasser ausgewaschen und nochmals, bei gelinder Wärme, eingetrocknet wird. Als Reagens dient eine Lösung dieses Salzes im Verhältnis von 1 auf 500 Wasser; dieselbe hat eine goldgelbe Farbe.

Mit Hülfe dieses Reagens hat G. nachgewiesen, dafs die Exspirationsluft bei Schmierkur keine Hg-Dämpfe führt und man infolgedessen annehmen müsse, dafs sich das Hg im Organismus mit dem Eiweifs oder anderen Substanzen verbindet oder aber, dafs das Hg im Blute unter einem so niedrigen Drucke circuliere, dafs es nicht in die Exspirationsluft hinüberzutreten vermöge. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Zunahme der Syphilis in Italien, von Barduzzi. (*Comment. clin. del. mal. cut. et gen.-urin.* 1893, No. 1—4.) Verfasser stimmt ein in die allgemeine Klage über die Überhandnahme der Syphilis, speziell in Italien, allen neuen Gesetzen zum Trotze. Eine Hauptursache dieser erschreckenden Thatsache erblickt er in der Degradation der Rasse und der moralischen Degeneration. Ohne sich weiter über die Mittel zu verbreiten, welche diesem Übelstande abhelfen sollen, glaubt er, dafs weder ein unbegrenztes Freigeben der Prostitution noch aber absolute Coercitivmafsregeln, welche die clandestine Prostitution begünstigen, zu einem günstigen Resultate zu führen berufen sind. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Studie über die Lokalisation der Knochenveränderungen bei Syphilis hereditaria tarda: Läsionen der langen Knochen, der Wirbelsäule und des Beckens, von Michel Gangolphe. (*Arch. prov. de chir.* Tl. II. pag. 1. *Centralbl. f. Chirurg.* 1893. No. 22.) Bei einer im 25. Jahre gestorbenen Patientin war Lues hereditaria tarda diagnosticiert, weil dieselbe schon im Alter von 16 Jahren ein Gumma des Gaumens und der Nase mit folgender Sattelnase hatte; die Mutter, welche 52 Jahre alt starb, hatte an heiserer, näselnder Stimme gelitten, drei Geschwister waren jung gestorben. An fast sämtlichen Knochen bestanden schwere syphilitische Veränderungen, die denjenigen bei erworbener Syphilis entsprechen. Nur das Lebensalter, in dem sie sich entwickeln, bedingt Abweichungen. Die hereditären Formen gehen meistens von der Epiphysenlinie aus, verzögern das Wachstum, neigen zur Zerstörung durch Usur und Resorption, nicht zur Sequesterbildung. Eine durch Reizwirkung bedingte Verlängerung des Knochens ist sehr selten. Die Verknöcherung an der Epiphysenlinie war beträchtlich verzögert. Das Becken war pueril geblieben. Verfasser hält das Vorkommen rein periostaler Gummata an den langen Röhrenknochen für nicht erwiesen; sie gehen stets vom Knochenmark aus.

(Verfasser hat sich die Diagnose Lues hereditaria tarda hier sehr leicht gemacht, trotzdem gerade bei dieser eine gewisse Skepsis stets beobachtet werden mufs. D. Ref.)
Jessner-Königsberg i. Pr.

In der französischen geburtshülflichen Gesellschaft berichteten Crouzat, Pinard und Maygrier über Fälle von Geburtshindernissen bei Syphilitischen mit **Rigidität**

des Collum uteri infolge von Schankergeschwüren und tertiären Sklerosen. (*Rif. med.* 1893. No. 13.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Häufigkeit der Epiphysen-Diaphysen-Erkrankung bei Syphilis congenita, von VICTOR WAHL. (Inaug.-Dissert. Kiel 1892. Gedruckt bei Chr. Donath.) Die Knochenerkrankung hereditärer luetischer Kinder an der Grenze von Epiphyse und Diaphyse ist genauer zuerst von WEGNER 1870 beschrieben, der drei Hauptstadien unterscheidet. Im ersten ist die Knochen-Knorpelgrenze unregelmäfsig, zackig; zwischen Knochen und Knorpel ist eine weifslich-rot verfärbte Schicht sichtbar. Die untersten Lagen von Knorpelzellen stehen dichter und sind in stärkerer Proliferation begriffen. Im zweiten Stadium tritt die Unregelmäfsigkeit noch stärker hervor; papillenartige Vorsprünge in den Knorpeln und in den Knochen werden auf dem Längsschnitt beobachtet, bestehend in stärkerer Wucherung der sich richtenden Reihen des Epiphysenknorpels, vorzeitiger Verkalkung und Sklerose der Intercellularsubstanz und in osteogenen Bildungen innerhalb des Knorpels nach der spongiösen Knochensubstanz hin, wie in Retardation der Überführung in Knochengewebe. Eine starke Auftreibung durch Verdickung des Periosts und Perichondriums kennzeichnet das dritte Stadium. Auf dem Längsschnitte folgen eine bläulich durchscheinende und eine trübe grau-gelblich bis grau-weifslich gefärbte, mürbe, mörtelhaltige Schicht aufeinander. Die Lösung der Epiphyse von der Diaphyse bahnt sich an. Mikroskopisch findet man in Verkäsung begriffene Massen und Eiterkörperchen. — Die WEGNERschen Befunde sind von allen Seiten bestätigt worden. Im pathologischen Institute zu Kiel fanden sich:

	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891
Anzahl der Sektionen	332	394	361	424	422	440	597	584	544
Hereditäre Lues	28	26	34	47	43	47	53	57	83
Knochenveränderungen	3	7	7	24	25	22	61	29	60

Die Veränderungen sind also sehr häufig und haben ein grofses diagnostisches Interesse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hodenaffektion bei hereditärer Syphilis, von G. CARPENTER. (*Praktioner*, September 1892.) Das histologische Bild der kongenitalen Hodensyphilis zeigt einfach entzündliche Vorgänge mit Ausgang in bindegewebrige Schrumpfung, Zerstörung der Drüsenelemente, eventuell Sterilität. Gummata sind selten. Die Affektion kann schon bei der Geburt vorhanden sein; ihr Auftreten nach dem dritten Lebensjahre ist selten. Meistens ist der Hoden allein, selten die Nebenhoden ergriffen; nur ganz ausnahmsweise ist letzterer allein verändert. Samenstrang kann beteiligt sein, Samenbläschen und Prostata sind normal. Die Erkrankung ist häufig doppelseitig, oft kombiniert mit Hydrocele. Die Schwellung des Hodens ist eine unbedeutende; sie ist derb und schmerzlos. Es mag sich oft hinter der Hydrocele eine luetische Hodenerkrankung verstecken. 18 Fälle haben den Verfasser zu diesen Schlüssen geführt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen tödlich verlaufenden Fall von maligner Syphilis, von A. E. ROUSSEL. (*Med. News.* 28. Mai 1893.) Der 40jährige Patient bemerkte am 22. Tage post coitum einen Schanker, der im weiteren Verlauf bald einen phagedänischen Charakter darbot. Neun Tage später wurde er mit den Symptomen eines akuten Rheumatismus bettlägerig. Vier Wochen darauf kam er, um nichts gebessert, in die Behandlung R.'s, der eine verdächtige Roseola konstatierte. Unter gemischter Therapie verschwanden die Symptome (Fieber, Schwellung und Schmerzen an den Gelenken etc.), aber in der zehnten Woche nach der Entwickelung des Schankers trat eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit am harten Gaumen auf, Vorläufer einer ausgedehnten

und tiefgreifenden Nekrose. Trotz sorgfältigster Behandlung und Hinzuziehung von Autoritäten allmähliche Verschlimmerung und Tod an Kachexie etwa ein Jahr nach dem Beginne der Krankheit. *Philippi-Nieheim.*

Spinale Syphilis. Aus der Klinik von Prof. CHARCOT. (*La Presse méd. belge.* 1893. No. 29.) Unter den verschiedenen Formen derselben ist die Meningo-Myelitis die häufigste und oft vergesellschaftet mit cerebraler Syphilis. Ähnlich wie hier um das Chiasma herum bildet die Affektion auch in den Rückenmarksmeningen flache, gelatinöse Infiltrate und nicht eigentlich gummöse Tumoren. Da die Diagnose im Beginne schwierig ist, so greift meist die Therapie zu einer Zeit ein, wo ein Erfolg nicht mehr zu erwarten ist. Der Symptomenkomplex ist demjenigen bei Myelitis transversa ähnlich, lokalisiert sich aber oft in für Syphilis charakteristischer Weise mehr auf eine Hälfte unter Bildung des sogenannten BROWN-SÉQUARDschen Syndroms: Lähmung des betreffenden Gliedes mit erhaltener Sensibilität (höchstens Hyperästhesie) bei Anästhesie des entgegengesetzten Gliedes mit erhaltener Motilität. Der Verlauf der spinalen Lues zerfällt in eine meningitische und eine myelitische Periode. Die erstere ist meist latent und tritt als eine der spezifischen Cephalalgie vergleichbare Rachialgie auf, welche zur Nachtzeit exacerbiert; meist geht ihr übrigens die Cephalalgie voraus. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis, von OBERMEIER. (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. III. pag. 137.) In zwei Fällen von Hirnsyphilis fand sich eine gummöse Meningitis an der Gehirnkonvexität, die die bekannten mikroskopischen Befunde ergab. Beim erstem Falle handelt es sich um einen 33 Jahre alten Mann mit epileptiformen Anfällen, später Lähmungen der linken Körperhälfte und Abnahme der Intelligenz. Im zweiten Falle zeigte der 49jährige Patient 9 Jahre post infectionem Kopfschmerzen, Abnahme der Intelligenz, Aphasie, Krämpfe.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Interessante syphilitische Erscheinungen am Auge und im Rachen; Ulcerationen der Epiglottis, Strabismus und Paralyse der Augenmuskeln, von E. F. PARKER. (*Med. News.* 29. April 1893.) Ein 50jähriger Mann erkrankte mit beängstigenden Erstickungserscheinungen, denen Schlingbeschwerden und Atemnot während einiger Tage vorangegangen waren. Pharynx und Epiglottis waren intensiv geschwollen und gerötet und zeigten ausgedehnte Narben und Ulcerationen. Patient hatte fünfzehn Jahre zuvor einen Schanker und gelinde Sekundärerscheinungen gehabt. Seitdem hatte er von Zeit zu Zeit an Halsbeschwerden gelitten, sich im übrigen aber wohl befunden. Geeignete lokale und allgemeine Behandlung (Hg und JK) war bald erfolgreich. — Fall II war diesem ähnlich und betraf einen 33jährigen Mann zehn Jahre nach der Infektion. Ferner wird über einen 46jährigen Mann mit Strabismus convergens dexter und Paralyse der linken Extremitäten berichtet. Anfangs wurde mit der Behandlung ein gewisser Erfolg erzielt, doch ging Patient später, als auch die linke Gesichtshälfte von der Paralyse ergriffen wurde, bald zu Grunde. Dagegen wurde ein 30jähriger Mann mit doppelseitigem Strabismus convergens, Kopfschmerz und Pruritus aurium durch eine antisyphilitische Behandlung fast völlig geheilt.

Philippi-Nieheim.

Über die Augenstörungen bei Hirnsyphilis sprach UHTHOFF in der XII. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg vom 8. bis 10. August 1892. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. No. 13.) UHTHOFF hat 100 Fälle von Hirnsyphilis beobachtet, von denen 17 zur Autopsie kamen, die gummöse Processe, Erweichungsprocesse und Gefäßerkrankungen zeigten. Es fand sich eine gummöse Iritis und eine Iridochoroiditis mit Gefäßerkrankungen der Netzhaut. Bei 12 Fällen

kamen Gefäfsveränderungen im Gehirn und an der Gehirnbasis vor; dreimal wurde Stauungspapille beobachtet, einmal ein Gumma des Opticus, einmal Meningitis mit Verdickung und einmal einseitige Stauungspapille durch Veränderung im Scheidenraum. Der Opticus zeigt viel häufiger Veränderungen in Gestalt von Verdickungen am intrakraniellen Teile. Vier temporale Hemianopsien zeigen, dafs gerade das Chiasma ein Lieblingssitz gummöser Processe ist. Die Tractuserkrankungen waren seltener. Von den Augenmuskeln war am häufigsten der Oculomotorius erkrankt, und zwar sechsmal einseitig und zweimal doppelseitig. Der Grund hierfür liegt wohl in dem Verlaufe des Nerven, auf den häufig perineuritische Entzündungen übergehen. Am Oculomotoriuskern sitzen häufig gummöse Processe. Abducenslähmung kam zweimal vor, Trigeminusaffektionen dreimal, Störungen des Geruchs zweimal, ebenso oft Störungen des Gehörs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von syphilitischer Spinalparalyse, von Glorieux. (*La Policlinique.* 1893. No. 14.) Derselbe betrifft einen 33jährigen Patienten mit Paraplegie der Unterextremitäten, welche durch Jodkalium vollständig geheilt wurde. Verfasser behandelt den Fall unter Zugrundelegung der neuesten Forschungen von Erb und besonders Kowalewsky, der zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Die syphilitische Spinalparalyse ist eine häufige Affektion, seltener jedoch als Tabes.

2. Sie tritt im Alter von 30—45 Jahren auf, und zwar besonders beim männlichen Geschlechte.

3. Die Blasen- und Rectumstörungen weisen oft einen spastischen Charakter auf.

4. Die thermischen Reflexe sind an den Unterextremitäten stärker ausgeprägt.

5. Die psycho-physische Reaktion für Schmerzempfindung, sowie die taktile Sensibilität ist normal oder wenig verändert. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Chibret verwendet bei der **Augensyphilis** hypodermale (bei Affektionen der Choroidea und Conjunctiva subconjunctivale) Injektionen von Hg-Cyanat, welche den Vorteil besitzt, leicht löslich zu sein und die Albuminate nicht zu koagulieren. Dem Jodkalium spricht er jede Wirksamkeit ab; gemeinsam mit Hg verordnet, soll es ferner die Wirkung des letzteren beeinträchtigen. (Franz. ophthalmolog. Gesellsch. *Progrès méd.* 1893. No. 26.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die endovenösen Sublimatinjektionen bei Syphilis, von Campana. (*Rif. med.* 1893. No. 152.) Verfasser hat, obschon gegen die Methode voreingenommen, bei einigen Syphilitikern endovenöse Sublimatinjektionen, genau nach den Vorschriften Baccellis, vorgenommen. Er kommt dabei zum Schlusse, dafs die Methode vor den bereits bestehenden zum mindesten nichts voraushabe, indem zu einer Syphiliskur gewöhnlich 8 hypodermale Injektionen auch hinreichen. Andererseits aber kann die Einführung eines das Blut koagulierenden Körpers in die Blutbahn akute Folgen nach sich ziehen. Wollte man aber von dem Gedanken ausgehen, mit dem Sublimat zwar nicht direkt die spezifischen Granulome in den Geweben anzugreifen, sondern blofs die im spezifischen Virus erzeugten und ins Blut hinübergetretenen toxischen Produkte, so müsse dem entgegnet werden, dafs die letztere Ansicht vorläufig und solange das pathogene Agens der Syphilis unbekannt sei, eine blofse Hypothese darstelle. Die endovenösen Sublimatinjektionen eignen sich demnach wohl bei akuten Infektionskrankheiten, wozu sie auch von Baccelli empfohlen wurden, nicht aber zur Behandlung der Syphilis. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Roseolarecidiv 20 Jahre nach der Infektion. — 3 Fälle von Mastdarmsyphilis. Kasuistische Mitteilungen von M. Zeissl. (*Wiener mediz. Presse.* 1893.

No. 36.) 1. Der 56jährige Patient ist 1856 inficiert, seit 1868 verheiratet. Die Frau bietet keine Zeichen der Lues, sie abortierte einmal im 6. Monat, ohne dafs die Frucht syphilitische Erscheinungen gezeigt hatte, und blieb dann steril. 1885 bekam Patient am rechten Arme ein in Gruppen angeordnetes grofsmakulöses Syphilid, 5 Jahre später einige dunkelbraun gefärbte Papeln; beide Male wurden diese Symptome durch eine antiluetische Kur beseitigt. Seitdem ist Patient gesund. Reinfektion ist sicher ausgeschlossen.

2. Von den 3 Fällen mit Mastdarmsyphilis hat einen der Verfasser, zwei sein Vater beobachtet. Es waren alle Weiber; eine, nicht mit Quecksilber behandelte, kam zur Obduktion. Diese ergab: Von syphilitischen Ulcerationen im Rectum und in der Flexura sigmoidea ausgehende eiterige Peritonitis; syphilitische Geschwüre in der Vagina und in der Urethra, Sklerose des rechten kleinen Labium, amyloide Degeneration der Leber, Milz und Nieren; krupöse Pneumonie im rechten Oberlappen. — Die beiden anderen Frauen genasen unter fleifsigen Ausspülungen des Darms, Jodkalium- und Quecksilbergebrauch. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Therapeutische Mitteilungen, von E. Gebert (aus *Blaschkos Poliklinik.*) II. **Zur Behandlung der Syphilis.** (*Therap. Monatsh.* 1893. No. 7/8.) Beim Primäraffekt wird das Prinzip verfolgt, so oft und solange es irgend angeht, denselben zu zerstören, und zwar 1. durch Ausbrennen mit dem Paquelin, 2. durch Excision und Naht oder 3. durch Excision und nachherige Thermokaustik der Wunde.

Bedingung war immer, dafs keine deutliche Inguinaldrüsenschwellung zu fühlen war, und dafs das Ulcus nicht Linsengröfse, die Infiltration nicht Erbsengröfse überschritt. Weiter darf das Ulcus nicht länger als 4—5 Tage bestehen und mufs seinem Sitze nach für die Operation leicht zugänglich sein. Nach der Excision ist ein Patient nur dann als frei von Syphilis zu betrachten, wenn nicht nur die Excisionswunde ohne Induration geheilt, sondern auch mindestens ein Vierteljahr nachher keine Drüsenschwellungen oder sonstige Luessymptome aufgetreten sind. Auch dann mufs der Patient noch beobachtet werden. Ist die Excision nicht möglich, so wurde Cuprosulfat (1 : 100), oder Alum. acet. (2—5 : 100), oder Sublimat (0,5 : 100), oder Emplastr. hydrarg. american. oder Unnas Quecksilberpflastermull angewandt.

Eine Allgemeinkur wird nicht früher eingeleitet, bis sich Allgemeinerscheinungen (Roseola) gezeigt haben, ja man soll sogar so lange warten, bis dieselben den Höhepunkt überschritten haben. Nur, wenn eine weitere Ausbreitung des Primäraffektes infolge seines Sitzes (Lippe, Gesicht) ein Eingreifen bedingt, oder das Ulcus rapide zerfällt, wird die Kur früher eingeleitet. Die Inunktionskur ist die beste, wenn sie sorgfältig ausgeführt wird. Zur Injektion wurde

Hydr. salicyl. basic.	2,0
Paraffin. liquid.	20,0

M. tere exactissime

benutzt und davon wöchentlich zweimal, das erste Mal $^1/_3$ Spritze, später 1 Spritze intramuskulär in die Glutäen bis durchschnittlich 12 Spritzen eingespritzt.

Nur bei einer geringen Anzahl von Patienten wurden Inunktionen von Ung. ciner. à 4 g pro die (20—30 Minuten lang eingerieben) vorgenommen, wobei 30 Inunktionen in den meisten Fällen für genügend erachtet wurden, doch mufs stets individualisiert werden, da bei einzelnen Individuen schon nach einem geringeren Gebrauch von Hg chronische Quecksilbervergiftung eintritt, die zum Aussetzen des Quecksilbers genügen, und bei denen die Kur erst wieder erneuert wird, wenn sie sich erholt haben. In den wenigen Fällen, in denen sowohl von Injektionen als Inunktionen Abstand genommen werden mufste, wurde innerlich

Hydr. tannic. oxydul. 1,0—2,0
Pulv. rad. liquir. q. s. ut
f. pil. No. XX.
Ds. 3 mal täglich 1—2 Pillen

angewandt, seltener das Hydr. salicyl. Die Verhaltungsmafsregeln bei der Kur sind folgende: Vor Beginn der Kur ist der Mund von einem Zahnarzt zu revidieren; schlechte Zähne und Wurzeln sind zu entfernen. Reichliches Mundausspülen. Rauchen verboten. Zu vermeiden sind alle schwer verdaulichen Speisen, wie rohes Obst, Salate, scharfe, saure Getränke und Nahrungsmittel.

Nach der Quecksilberkur wird nur dann Jodkalium gebraucht, wenn auch multiple starke Drüsenschwellungen und schmerzhafte Periostitiden, meist an den beiden Tibiae im unteren Drittel und am Corpus sterni, resp. an der Ansatzstelle des Processus xiphoides zu konstatieren sind. Wird das Jod schwer vertragen, dann Zusätze von Extr. Bellad. oder Natr. bicarb.

Aufser der Allgemein- ist in einzelnen Fällen eine Lokalbehandlung notwendig, so bei impetiginösen Efflorescenzen Schwefelbäder oder Unnasches Karbolquecksilberpflaster, gegen erodierte nässende Papeln Kalomelpuderungen, bei Papeln oder Plaques im Munde, Rachen etc. 10%ige Chromsäure- oder 10%ige Argentum nitricum-Lösungen.

Die Chromsäure wirkt sowohl prophylaktisch als therapeutisch bei der Stomatitis mercurialis; ferner bei älteren Leukoplakien der Zunge und der Mundschleimhaut. Gegen diphtheritisch zerfallene Plaques im Munde und im Rachen sind Spülungen mit warmem Kamillenthee mit 1—2 Theelöffeln Kampherwein zu empfehlen, bei hartnäckigen Fällen ist der Argentum nitricum-Stift oder der Thermokauter anzuwenden.

L. Hoffmann-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen.

Zur Pathologie und Therapie der Tumoren der Wange, von F. Schulze. (Dissert. Greifswald 1892.) Der Fall, welcher der vorliegenden Arbeit zu Grunde gelegt ist, betrifft ein 10 Monate altes Kind mit einem etwa hühnereigrofsen Tumor auf der rechten Wange. Die Geschwulst ist von mäfsig weicher Konsistenz, die Wangenschleimhaut über ihr nicht verschiebbar, im oberen Teile völlig intakt, im unteren etwas cyanotisch verfärbt. Der Tumor wurde operiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab: in Zügen angeordnetes, faseriges Gewebe mit sternförmigen, spindligen und runden Zellen; Überreste von Fettgewebe dazwischen und zellenreichere Stellen ohne Fasern.

Es handelt sich um ein Fibro-Sarkom, und zwar um ein grofszelliges Rund- und Spindelzellensarkom, als dessen Ursprungsstätte mit Wahrscheinlichkeit die Fascie der Wangenmuskulatur, resp. das Perimysium anzusehen ist.

Verfasser bespricht die Litteratur und die verschiedenen Methoden der Operation derartiger Tumoren.

C. Berliner-Aachen.

Zwei seltene Sarkombildungen zeigt G. Lewin in der Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin. (Sitzung vom 29. Juni 1893.) Der erste Fall zeigt einen bereits recidivierten Tumor drei Finger breit unter der rechten Mammilla und Drüsenpakete in der Achselhöhle. Der Tumor ist kugelig, erodiert, blutet leicht, enthält viel Pigment; die Prognose ist ungünstig; Arsen soll zuweilen Erfolg haben. L. hat beobachtet, dafs sich derartige Tumoren auf Grund von gelben, blauen oder rötlichen Flecken entwickeln, die an der Haut auftreten.

Die zweite Kranke hat eine sarkomatöse Neubildung am Palatum durum. Sie ist früher wegen Syphilis antiluetisch behandelt. Der Tumor ist rötlich, pigmentiert, hart und erwies sich mikroskopisch als kleinzelliges Sarkom. Der Mangel an käsigem Zerfall spricht gegen Lues, die Anwesenheit streifigen Bindegewebes, das Vorhandensein erweiterter Gefäfse in der Umgebung für Gumma. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Parasiten des Molluscum contagiosum, von G. DE ANGELIS-MAGANO. (*Rif. med.* 1893. No. 144.) Im Gegensatze zu NEISSER, welcher in Präparaten von Molluscum contagiosum kernhaltige Sporozoen entdeckt haben wollte, gelang es Verfasser, welcher sehr zahlreiche und sorgfältige Untersuchungen hierüber vorgenommen, niemals, Coccidien nachzuweisen. Die von NEISSER als Sporozoen (Coccidien) aufgefafsten Gebilde enthielten nach DE A.'s Befund niemals Kerne; die angebliche Sporenbildung erklärt er als retikuläre Struktur des Zellprotoplasmas. Zu ähnlichen Schlüssen gelangte auch KROMAYER. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Kasuistik der Teratome, von DOMINIK BLOCH. (*Prag. med. Wochenschr.* 1893. No. 28.) Bei einem Neugeborenen entfernt die Hebeamme aus dem Munde ein Gebilde, das im hinteren Abschnitte des harten Gaumens inseriert gewesen war. Dasselbe fühlt sich weich an, ist wie die Mundschleimhaut gefärbt und mit feinen Härchen dicht besetzt. Die Struktur war vollständig diejenige der Haut. Der weiche Gaumen war gespalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Keloids mittelst subkutaner Einspritzungen von Kreosotöl, von P. MARIE. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 162.) Von einem bestimmten Fall ausgehend, hält MARIE es nicht für ausgeschlossen, dafs bei Keloidoperationen Keime ins Blut gelangen und eine Allgemeinerkrankung an Keloiden herbeiführen möchten. Um dem nun vorzubeugen, empfiehlt er Einspritzungen von 20%igem Kreosotöl in die Keloidgeschwulst. Dadurch wird die Neubildung zerstört, ohne dafs Nebenerscheinungen zu befürchten sind. Auch wäre dies Verfahren anderen Geschwülsten gegenüber, etwa Krebs und Lupus, vielleicht anwendbar.

Fürkheim-Hamburg.

Ein Fall von subkutanem Papillom, von ST. MICHALEFF. (Dissert. Freiburg i. Br. 1892.) Verfasser beschreibt in der vorliegenden Arbeit ausführlich das makroskopische wie mikroskopische Bild eines auf der Hinterhauptslinie gelegenen, kugelrunden Tumors, der seinem äufseren Aussehen nach wie, histologisch betrachtet, ein den spitzen Kondylomen ähnliches, in die Lymphspalten und Lymphgefäfse der Haut eingewachsenes und von Bindegewebe umschlossenes, subkutanes Papillom darstellt. Kasuistisches Material aus der Litteratur wird zur Vergleichung herangezogen.

C. Berliner-Aachen.

Über die Behandlung von spitzen Kondylomen an den Genitalien durch Applikation von Karbolsäure, von DERVILLE. (*Sem. méd.* 1893. No. 35.) Nachdem die gesunden Teile durch Vaselin geschützt, führt man mit einem in reine, durch Erwärmen verflüssigte Karbolsäure getauchten Wattestückchen über die Kondylome, was wenig schmerzhaft ist. Nach Abstossung der geätzten Teile, also nach 2—3 Tagen, wird die Ätzung wiederholt. Die Wirkung tritt sicher und schnell ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

LEBRUN (*Presse méd. belge.* 1893. No. 24.) berichtet über einen Fall von **Xanthelasma** beider Lider bei einer Frau in der Menopause, welchen er in kurzer Zeit mittelst Kauterisationen mit konzentrierter Milchsäure zur Heilung brachte.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Endotheliome der Haut, von Heinrich Braun. (*Langenbecks Arch.* Bd. XLIII. Heft 1.) Die Endotheliome der Haut sind von grofsem Interesse, weil sie Infiltrationen und Geschwüre bilden, welche schwer von carcinomatösen abgrenzbar sind, und weil sie aufserdem sich in einer Reinheit präsentieren, welche sie zum Studium besonders geeignet macht. Endotheliome, zuerst von Golgi so benannt, früher als Psammome oder Cylindrome (Billroth) bezeichnet, sind Neubildungen, die Fibrome oder Sarcome darstellen, in denen die die Bindegewebsfibrillen einscheidenden und die Lymphspalten auskleidenden Endothelzellen gewuchert sind. Diese Zellwucherungen stellen sich dar als Einsprengungen glatter Zellen, als mehr oder weniger dicke Platten und Haufen oder als cylindrische Zellstränge. Die Zellen können so überwiegen, dafs das Bindegewebsgerüst ganz in den Hintergrund tritt. Die Grenzen der zelligen Massen sind meistens ganz scharf. Die Zellen, welche dem Bindegewebe zunächst liegen, können eine kubische oder cylindrische Gestalt annehmen, so dafs ein drüsenähnlicher Bau entsteht. In allen Endotheliomen findet sich mehr oder weniger eine hyaline Degeneration, die vorzugsweise die Bindegewebsbündel betrifft und in der Regel in der Peripherie beginnt. Diese Degenerationsprodukte sind nicht immer rein homogen. Sehr viel seltener sind Endotheliome, welche von den Endothelien der Blut- und Lymphgefäfse ausgehen und sich intravaskulär entwickeln. Verfasser bespricht eingehender einige Endotheliome der Haut, die ihm Professor v. Bergmann überlassen hat. Im ersten Falle handelt es sich um einen 70jährigen Mann, der in der Haut der linken Leistengegend ein zweimarkstückgrofses, hartes, ulceriertes Infiltrat hat, das ganz wie ein Kankroid sich klinisch darstellte mit aufgeworfenen Rändern, unregelmäfsigem, warzigem Grunde. Gleichzeitig bestand seit Jahren eine kleinapfelgrofse, pilzhutförmige Geschwulst am Rücken, die mittelst eines verjüngten Stieles mit einem fast gleich grofsen, subkutanem Knoten zusammenhing. Sie war nur oberflächlich an dem am meisten prominierenden Teil ulceriert, sonst von dünner Haut bedeckt. Die Farbe war im allgemeinen bläulich, an manchen Stellen dunkelschwarz. Die regionären Drüsen waren an beiden Stellen nicht geschwollen. Der zweite Fall betrifft eine 54jährige Bäuerin, die seit ihrer Jugend unter dem rechten Auge ein kleines, in der Haut gelegenes, zuweilen mit einem Schorf bedecktes Knötchen hatte. Vor vier Jahren, nach einem Insult, begann dasselbe zu wachsen und war schliefslich haselnufsgrofs. Der Tumor blutete leicht, war glatt, mit einem dünnen, glänzenden, nirgend defekten Epithel überzogen, durch welches die Venen durchschimmerten; die Konsistenz war prall, aber weich. Er war auf der Unterlage verschieblich, die regionären Lymphdrüsen waren normal. Eine Wiedergabe des genauen mikroskopischen Befundes, der durch Abbildungen illustriert wird, wie anderer ähnlicher Fälle aus der Litteratur beschliefst die Arbeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Bau und Entwickelung zweier Chondrome der Hand, von F. M. Cüppers. (Dissert. Greifswald 1893.) Die Einleitung der vorliegenden Arbeit bildet eine kurze Darstellung der Pathologie der Enchondrome. Sodann wird ein Fall von Enchondroma manus bei einem 23jährigen, kräftigen, gut aussehenden Manne beschrieben. Im 10. Lebensjahre des Patienten wurde zum ersten Male auf dem Mittelfinger der rechten Hand ein kleiner rundlicher Höcker bemerkt. In den nächsten Jahren hatten sich auch auf den anderen Fingern derselben Hand, mit Ausnahme des kleinen Fingers, ähnliche Höcker gebildet. Als Patient 18 Jahre alt war, fingen die Höcker an rapide zu wachsen; gleichzeitig wurden auch die Finger der linken Hand und die zweite Zehe des rechten Fufses, aber nicht in demselben Grade, wie an der rechten Hand, ergriffen. Februar 1892 wurde rechts die Amputatio antibrachii 4 cm oberhalb des Handgelenkes vorgenommen. Verfasser beschreibt ausführlich den Status nach zweien

vom Sanitätsrath Dr. ZILEWICZ in Posen eingesandten Photographien, teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit und schliefst die Arbeit mit Bemerkungen, welche die Ätiologie der Enchondrome betreffen. *C. Berliner-Aachen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Syringomyelie, von P. GOLDSCHMID. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1893. No. 26.) Der ausführlich berichtete Fall betrifft eine 58 Jahre alte Patientin; er zeigt die Erscheinungen, welche HOFFMANN als charakteristisch für die Syringomyelie in der *Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde* (Bd. III. Heft 1—2. 1892) hinstellt:

1. Okulopupilläre Symptome: Lidspaltverengung rechterseits, Pupillendifferenz, Äufserungen einer Läsion des „Centrum cilio-spinale" im unteren Halse und oberen Brustmark (BUDGE).

2. Muskelatrophien nach dem Typus ARÁN-DUCHENNE: Muskelatrophie des rechten Schultergürtels, des rechten Armes, besonders der kleinen Handmuskeln.

3. Partielle Empfindungslähmung; d. i. Störung des Schmerz- und Temperatursinnes bei erhaltenem Tastsinn: Hypalgesie, Thermohypästhesie, vollkommene Perception der taktilen Reize an der linken Brusthälfte.

4. Trophische, sekretorische, vasomotorische Störungen: Blasen an den Fingern der linken Hand, ausheilend mit Schwielenbildung; gesteigerte Thränensekretion; Hyphidrosis; erythematöse Flecke um jeden Nadelstich, Quaddelbildung.

Erwähnenswert ist noch die Skoliose, die nach BERNHARD in 25% der Fälle, nach MORVAN sehr häufig die Syringomyelie begleitet.

Aufserdem bietet der Fall manche Besonderheit: Die Muskelatrophien sitzen rechts, die Sensibilitätsanomalien links. Die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen zeigen Schwankungen, was auch schon in anderen Fällen beobachtet ist.

Zum Schlufs geht der Verfasser genauer auf die Abgrenzung gegenüber der Hysterie, der Pachymenigitis cervicalis hypertrophica chronica, der chronischen Myelitis, der akuten und subakuten transversalen Myelitis, der Poliomyelitis anterior, der amyotrophischen Lateralsklerose, der BROWN-SÉQUARDschen Hemiplegia spinalis, der Tabes und der Lepra ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von Alopecia areata, von FERRATON. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1803. S. 156.) Ein Soldat war schon drei Monate lang wegen Alopecia areata erfolglos mit Tinct. Jodi behandelt worden, ehe er Aufnahme im Lazaret fand. Hier wurde das Jodkollodium angewandt, das in drei Monaten Heilung brachte.

In der Sitzung der „Société des sciences médicales de Lyon", in der dieser Fall vorgestellt wurde, knüpfte sich an denselben eine Besprechung, wobei AUGAGNEUR betont, dafs die Zahl der gegen Alopecie erfolgreich angewandten Mittel Legion. Die Krankheit heile eben nach einer bestimmten Zeit von selber. Von 100 Fällen endeten noch keine vier mit völligem Haarschwund. Bei sich selber habe er die Zimmettinktur (Essence de Cannelle) ohne Erfolg angewandt; seine Alopecie sei dann von selber geheilt. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall symmetrischer Gangrän, von H. KOESTER. (*Goeteborgs Laekaresaellsk. Foerh.* 1892. Seite 81. Nach *Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 30.) Das Auftreten der symmetrischen Gangrän in der RAYNAUDschen Form ist häufiger beobachtet; ähnliche Prozesse an anderen Stellen selten. Das 23jährige, nicht nervös belastete Dienstmädchen bekam ohne Fieber etc. zwei symmetrisch an der Rückseite beider Oberarme gelegene gangränescierende Herde, die eine Ausdehnung von 10—12 : 3—6 cm bekamen. Das umgebende Gewebe etwas gerötet, Sensibilität an der brandigen Stelle

natürlich aufgehoben, in der Umgebung erhöht. Die Defekte heilten langsam. Die Ursache war ganz unbekannt; die absolute Symmetrie soll für zentrale Störung sprechen, Anästhesie und Schmerz auf sekundäre Neuritis peripherica lauten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Spontangangrän und Simulation bei Hysterie, von G. SINGER. (*Wien. med. Presse.* 1893. No. 25 u. 26). Ein 18jähriges, hysterisches (Krampfanfälle, Thermoanästhesie etc.) Mädchen bekam im Anschlusse an eine Schnittwunde eine ziemlich ausgebreitete trockene Gangrän am linken Vorderarme mit recidivierendem Verlaufe. Verfasser möchte eine Nervenverletzung als das veranlassende Moment annehmen. Bei der Differentialdiagnose zwischen trophischer Störung und Simulation, Selbstbeschädigung bei Hysterie schliefst er letzteres aus, weil ein Zoster gangraenosus in der Umgebung des Brandherdes auftrat und Reaktionserscheinungen in der Umgebung der brandigen Teile ganz fehlten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Drei Fälle von Gangrän, von W. ZOEGE VON MANTEUFFEL. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. No. 29.)

1. Symmetrische atonische Geschwüre an beiden grofsen Zehen bei einem Manne. Arteriosklerose, Neuritis, Diabetes sind auszuschliefsen. Die Herabsetzung des Temperatursinnes bei erhaltener Tast- und Schmerzempfindung heifst den Fall als Syringomyelie deuten.

2. Plötzlich vor drei Wochen entstandene Gangrän des dicken Fingers der rechten Hand bei einer 70 Jahre alten Frau. Hochgradige Arteriosklerose, rechte Radialis pulslos; keine Lues, kein Diabetes, keine nervösen Störungen, kein Herzfehler. Später werden zwei und vier Finger ergriffen; Amputation der halben Hand im Metacarpus; reaktionslose Heilung, am zehnten Tage lobuläre Pneumonie, am zwölften Tage Tod. Sektion: Sich organisierende Thrombose der Armarterien bis zur Subclavia.

3. Senile Gangrän der Zehen bei einem 60jährigen Manne.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur operativen Behandlung der Hämorrhoidalknoten, von PAUL SENDLER-Magdeburg. (*Centralbl. f. Chir.* 1893. No. 34.) LANGE und WHITEHEAD haben Hämorrhoidalknoten durch blutige Exstirpation und Vernarbung der gesunden Mastdarmschleimhaut mit der äufseren Haut beseitigt. Ohne Kenntnis der Arbeiten dieser Autoren hat Verfasser seit einer Reihe von Jahren ähnlich operiert: Nach der für Mastdarmoperationen üblichen Vorkur und Desinfektion werden in Steifsbeinlage (Chloroform!) die Knoten hervorgezogen, die Haut durchtrennt, die Knoten stumpf und scharf unterminiert und unter Schonung des Sphinkter in gesunder Schleimhaut durchschnitten. Sorgfältige Blutstillung; exakte Naht der Schleimhaut mit der äufseren Haut; bei ausgedehnter Erkrankung schrittweises Vorgehen, Naht nach Exstirpation jedes Knotens. Nach der Operation wird ein mit Jodoformgaze umwickelter Drain in das Rectum geschoben, Verband angelegt, fünf bis sechs Tage Opium gegeben; Entfernung der Nähte nach acht Tagen. Der Aufenthalt im Krankenhause betrug 4 bis 21 Tage, im Durchschnitt 15 Tage. Niemals trat eine Störung in der Heilung ein; die Funktionen des Afters blieben stets normal; Strikturen sind ganz ausgeschlossen. Verfasser empfiehlt die Operation sehr warm. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der operativen Behandlung der varikösen Venenerweiterungen der unteren Extremitäten nach dem TRENDELENBURGschen Verfahren, von B. PRAWDOLGUBOW. (Inaug.-Diss. St. Petersburg. 1892.) Zur Beseitigung der Varicen im Gebiete der Vena saphena magna dienen drei Verfahren: 1. solche, die das Lumen der Vene verschliefsen, 2. solche, die die erweiterten Venen excidieren, 3. solche, die

eine Thrombose in den Venen hervorrufen. Auf Grund von zwölf nach TRENDELENBURG operierten Fällen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die Insufficienz der Klappen der Vena saphena interna führt häufig zur Stauung und zu Ernährungsstörungen der Gewebe.

2. Die Insufficienz ist eine Hauptursache der Varicen und deshalb bei der Therapie zu berücksichtigen.

3. Der Verschluſs des Venenstammes oberhalb der Erweiterung ist bei vorhandener Insufficienz ein rationelles Verfahren, da die tiefer gelegenen Stellen von abnormem Druck befreit werden.

4. Dieser Verschluſs wird durch doppelte Ligatur und Excision des Mittelstücks der Vena saphena am Oberschenkel am besten bewirkt.

5. Die Wirkung auf das subjektive Befinden des Patienten und die Ernährung der Gewebe ist eine günstige.

6. Die Überfüllung der Varicen wird auf ziemlich lange Zeit beseitigt; Recidive können aber folgen, da die mikroskopische Untersuchung auch an den Stellen, wo noch keine Varicen bestehen, Veränderungen aufweist. Diese bestehen in chronisch-interstitieller Wucherung von Intima und Media. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Sklerodermie im Kindesalter, von ANDR. CARSTENS. (*Jahrb. f. Kinderheilk. u. phys. Erziehung.* 1893. No. 1 u. 2.) Der drei Jahre alte Patient stammt von einem gesunden Vater und einer an Husten leidenden Mutter. Im Alter von 2¾ Jahren bekam er Scharlach und im Anschluſs daran Keuchhusten, der jetzt noch besteht. Dann wurde er, wie die Mutter sagt, „fest“ in der Haut des Gesichts, dann des Halses, zuletzt der Arme und des Oberkörpers. Der Knabe, etwas blaſs, an Kinn und Hals schuppend, zeigt einen starren Gesichtsausdruck; Stirn und Wange sind gespannt, glänzend, Nasolabialfalten verstrichen. Die Gegend vom Angulus mandibulae bis zum Mundwinkel, Kinn und Unterkinngegend fühlen sich derbe und fest an, als ob sie hochgradig infiltriert wären. Lippen und Augenlider frei, Hals weich, Nacken derb, Kneifen der Backen unmöglich. Ähnlich wie das Gesicht sind Rücken, die Brust, die Nates afficiert, rechts etwas stärker, wie links; Bauchdecken sind frei; die Auſsenseite des Oberschenkels ist ergriffen; der Unterschenkel, bis auf beim Herüberstreichen fühlbare knotige Verdickungen, normal. Am stärksten sind die oberen Extremitäten, besonders die Unterarme und die Hände, verändert. Ödeme sind nirgends vorhanden. Sonst ist nichts hervorzuheben. Dieser Zustand änderte sich in den ersten fünf Wochen des Krankenhausaufenthaltes in keiner Weise, dann begann er zurückzugehen; nur am Unterschenkel trat der Prozeſs erst ein Vierteljahr nach Beginn der Erkrankung deutlicher hervor, indem die fühlbar gewesenen Knoten konfluierten. Schlieſslich trat aber vollkommene Heilung ein, indem alle Härte schwand; bisher ist die Heilung auch von Bestand geblieben. Die Sensibilität war stets normal, ebenso die Reflexe, an Haaren und Nägeln war nichts Krankhaftes wahrzunehmen; die Hautdrüsen funktionierten in unveränderter Weise, die Schweiſssekretion war sogar eine sehr profuse. Eine zeitweilige Schwellung der Lymphdrüsen steht wohl mit dem Leiden nicht in Zusammenhang. Die Temperatur zeigte zuweilen etwas über 38° im Rectum; in der Axilla war sie natürlich stets relativ niedrig. Die aus einem excidierten Stücke hergestellten Präparate zeigten eine Verschmälerung der Epidermis, stellenweise ein durch die Spannung bedingtes Verstrichensein der Papillen. Besonders ist das Stratum corneum sehr dünn, im Rete und an einigen Stellen bräunliche, körnige Pigmentmassen vorhanden. In der Cutis starke Bindegewebswucherung bei auffallend wenigen Kernen; eine eigentliche Entzündung der Arterien ist nicht nachweisbar. Verfasser hält es nicht für ausgeschlossen, daſs eine Gefäſserkrankung bei dem Leiden eine Rolle spielt, glaubt aber einen nervösen Einfluſs nicht von der Hand weisen zu können; besonders

hebt er zu Gunsten dieser Ansicht die Hyperidrosis hervor. Als ein weiteres Moment bei der Entstehung des Leidens nimmt Verfasser die Erkältung an, da das Kind in den letzten drei Wochen vor seiner Erkrankung an Sklerodermie einen starken Schnupfen gehabt hat. Der günstige Ausgang ist besonders hervorzuheben. Lauwarme Bäder mit nachfolgender Einwickelung, Diuretica (Kalium aceticum) waren verordnet worden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mifsbildungen.

Ein Fall von schwimmhosenartigem Naevus pigmentosus mit Carcinoma melanodes, von A. Thienel. (Dissert. Greifswald 1892.) Verfasser definiert zunächst die Krankheit und stellt, um auf die auffallende Ähnlichkeit hinzuweisen welche alle grofsen kongenitalen Naevi pigmentosi miteinander haben, einige Fälle aus der Litteratur zusammen. Die ausführliche Beschreibung eines Falles aus der chirurgischen Klinik von Prof. Helferich bildet den Schlufs der Arbeit.

C. Berliner-Aachen.

Ein Muttermal (?), von F. W. F. Ross. (*Brit. med. Journ.* 1893. No. 3.) Eine verheiratete Frau, welche während der ganzen Zeit ihrer Gravidität ein unbezwingbares Verlangen nach Äpfeln gehabt hatte, gebar ein im wesentlichen gesundes Kind, das an dem Hypothenar der linken Hand eine ausgesprochen apfelförmige, gestielte Geschwulst mit knorpeligem Kern trug. Der Fall ist als ein wenigstens merkwürdiges und ärztlich in seinen Einzelheiten sicher konstatiertes Vorkommnis mitgeteilt.

Philippi-Nieheim.

Elektrolytische Entfernung eines ausgedehnten, behaarten Naevus des Gesichts, von G. H. Fox. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* Mai 1893. Vol. XI. No. 5.) Bei einem 22jährigen Jüngling hat Verfasser einen ausgedehnten, höckerigen, behaarten, dunkel gefärbten und höchst entstellenden Naevus des rechten unteren Augenlides und eines grofsen Teiles der betreffenden Wange mittelst Elektrolyse mit ausgezeichnetem Erfolge entfernt. Allerdings wurde die Behandlung mit (oft monatelangen) Unterbrechungen ungefähr vier Jahre hindurch fortgesetzt. Das Resultat ist aber ein weit besseres als mit irgend welchen anderen Mitteln zu erzielen gewesen wäre, abgesehen auch von der Lokalisation am Lide, die einen anderen Eingriff kaum zulassen würde.

Philippi-Nieheim.

Über die Dermoidcysten und kongenitalen Fisteln der Regio sacro-coccygea; klinischer Vortrag von Professor Nicaise. (*Rif. med.* 1893. No. 162.) Vortragender bespricht an der Hand von vier Fällen die Pathogenese, Symptomatologie, Differentialdiagnose und Therapie dieser Affektionen, bei denen sich drei Grade unterscheiden lassen: 1. die einfache Hautdepression; 2. die kongenitale Fistel; 3 die Dermoidcysten.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Haarlocken aus einer Dermoidcyste ins Rectum entleert, von Jardine-Glasgow. (*Glasg. med.-chir. Society.* Sitzung vom 21. April 1893.) Die Patientin ist ein 10jähriges Mädchen. Vor 1½ Jahren war sie sehr krank und hat nach ihren Angaben viel „Materie" und gleichzeitig mit dieser Haare entleert. Bei der Rektaluntersuchung entdeckte J. ein Haarbüschel, das durch eine Öffnung in der Schleimhaut ins Rectum hereinragte. Die Haare waren braun (das Kopfhaar der Patientin war rot.) Es waren keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dafs die Haare verschluckt worden wären. Dieselben gehörten vermutlich zum Inhalt einer Dermoidcyste.

C. Berliner-Aachen.

In der Académie de Médecine zu Paris stellte Guéniot einen Fall von **Adermogenese** bei einem Neugeborenen vor. Die Haut der Unterextremitäten war hochrot

und durchsichtig, als ob die Cutis fehlte; ähnlich sah die den Nabelschnurrest umgebende Haut aus; die Oberfläche der geröteten Partien war nässend und uneben. Die Verteilung der Läsion war keine symmetrische; die Grenzpartie gegen die gesunde Haut war von narbigem Aussehen. An den Händen einige Pusteln und Blasen.

Hervieux glaubt, dafs es sich um einen intrauterinen Pemphigus gehandelt habe, von dem die Veränderungen an den Unterextremitäten und die Blasen in den Händen zurückgeblieben seien. (*Presse méd. belg.* 1893. No. 30).

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die Pathologie der cystischen Tumoren an der Blase, von J. H. Targett. (*Brit. med. Journ.* 29. Juli 1893.) Diesem interessanten Vortrage liegt ein reichhaltiges, aus den Museen der verschiedenen Londoner Hospitäler stammendes Material zu Grunde. An der Hand von dreizehn naturgetreuen Abbildungen bespricht Verfasser eingehend folgende Affektionen: Das einfache Diverticulum (eine Ausbuchtung sämtlicher Gewebe der Blasenwand), den Sacculus (hernienartige Austreibung der Mucosa zwischen die Muskelfasern hindurch), Hydatiden der Blase, Abscesse, Neoplasmen, Allantoiscysten und einige andere seltenere Anomalien. Besonders interessant war der Zusammenhang zwischen Neubildungen und der Entwickelung von Cysten; bei dem einen Präparate wenigstens konnte mit ziemlicher Bestimmtheit nachgewiesen werden, dafs infolge Zerfalls in der epitheliomatös entarteten Wandung eine Öffnung und im Anschlufs daran ein Pulsionsdivertikel entstanden war. Bei einem anderen Falle war ein Sarkom vom Trigonum aus in einen echten Sacculus hineingewuchert. Ein weiteres Präparat zeigt die Entwickelung eines Papilloms an der Wandung eines typischen Sacculus. Was die Hydatiden betrifft, so erklärt Verfasser die gemeiniglich angenommene Entstehung derselben als Tochterblasen für einen Irrtum, denn alle die von ihm untersuchten Präparate liefsen erkennen, dafs die Cysten ursprünglich ihren Sitz zwischen der Muscularis und der Fascia rectovesicalis hatten. Von Bond ist ein Fall von Blasenhydatiden durch Laparatomie erfolgreich behandelt worden. Wegen der weiteren Details dieses Falles, sowie der anderweitigen höchst lehrreichen Schilderungen mufs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Nieheim.*

Über einen Fall von Hermaphroditismus, von Frank. (*Prag. med. Woch.* 1892. No. 21.) Das 4½jährige Kind normaler Eltern zeigte abnorme Haarbildung am Mons veneris und den grofsen Labien; einen 4 cm langen, nicht perforierten, lebhafte Erektionen aufweisenden Geschlechtshöcker, dessen untere Seite eine Rinne besafs, die sich erst 3 mm hinter dem Scheideneingange zur Harnröhre schlofs. In der Tiefe der Schamlippen endete ein vom Inguinalkanal heruntersteigender runder Strang. Der Introitus vaginae war durch ein Hymen bis auf einen spaltartigen Zugang geschlossen; die Sonde drang 8 cm in die Vagina hinein. Damm und Frenulum gut ausgebildet; keine Prostataanlage; am oberen Ende der Scheide ein bohnengrofser Uterus, rechts ein erbsengrofses Ovarium fühlbar. Verfasser neigt dazu, das Kind als weibliches mit Hypospadie der Harnröhre und Hypertrophie der Clitoris anzusehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur operativen Behandlung der Incontinentia urinae urethralen Ursprungs beim Weibe, von G. Himmelfarb. (*Arch. f. Gynäk.* 44. Bd. 2. Heft.) Bei einem 17jährigen Mädchen, das wegen Harninkontinenz durch Epispadie wiederholt erfolglos operiert war, erzielte Verfasser dauernde Heilung durch folgendes Verfahren: Verlängerung der zurückgezogenen Harnröhre durch Bildung zweier Lappen an der Mündung, Verengung derselben durch Excision eines Streifens und folgende Naht,

Excision eines Keiles oberhalb der Mündung und Fixierung der nach oben umgebogenen Urethra unter der Symphyse; schliefslich wurden durch eine kleine Operation die gespaltenen äufseren Genitalien vereinigt. Seit neun Monaten alles normal.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von hochgradiger kongenitaler Dilatation der Harnblase, kombiniert mit mehrfachen Mifsbildungen, von Emil Loewy. (*Prag. med. Woch.* 1893. No. 28.) Von einem Zwillingspaare war das eine Kind normal entwickelt, das andere zeigte folgende Anomalien: Hermaphroditismus spurius femininus externus (weibliche Keimdrüsen und Geschlechtsgänge bei männlichem Habitus der äufseren Genitalien); Atresia recti urethralis; Defectus ani; Duplicitas uteri et vaginae; Dilatatio vesicae urinariae et hydronephrosis bilateralis; Hydrops ascites; Obliteratio arteriae umbilicalis dextra; Umbilicus amnioticus; Pes varus bilateralis. Die Placenta war einfach. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Carcinoma glandulae Bartholini, von F. Schweizer. (*Archiv f. Gynäkol.* 44. Bd. 2. Heft.) Im rechten Labium majus einer 58jährigen Frau safs ein hühnereigrofser Tumor, der im Gesunden umschnitten und entfernt wurde. Nach einigen Monaten Recidiv in den gleichzeitigen Inguinaldrüsen; Patientin entzog sich weiterer Beobachtung. Der excidierte Tumor erwies sich als kleinzelliges Carcinom, als dessen Ausgangspunkt per exclusionem die Bartholinischen Drüsen, die Analoga der Cowperschen Drüsen beim Manne festgestellt werden konnte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Reynier (Société de Chirurgie, 14. Juni 1893) hat acht Patienten mit **Urethralstrikturen mittelst Elektrolyse** behandelt nach mehrtägiger Desinfektion der Harnwege durch innerliche Darreichung von Salol. Dabei kam es 5 mal zu infektiösen Erscheinungen, 1 mal zu einem Penisabscefs, 2 mal zu Lymphangitis. In zwei Fällen führte die Elektrolyse überhaupt nicht zum Ziele und mufste durch Urethrotomia interna ersetzt werden. Nach diesen Erfahrungen glaubt R., die Methode nicht empfehlen zu können, und wird hierin von Moty und Tuffier unterstützt. Letzterer glaubt überhaupt nicht, dafs sich mit Salol eine Asepsis der Harnwege erzielen lasse. (*Progrès méd.* 1893. No. 24.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Harnröhrenstriktur, von M. Mendelsohn-Berlin. Separat-Abdruck aus *„Diagnostisches Lexikon für praktische Ärzte."* (Urban & Schwarzenberg-Wien.) Strikturen der Harnröhre bedeuten eine mangelhafte Entfaltbarkeit derselben, bedingt durch bleibende Veränderung in den Wandungen der Harnröhre selbst. Behinderungen von aufsen oder innen (Polypen) gehören nicht hierher. Entzündliche und spastische Verengerungen sollen, streng genommen, auch nicht zu den eigentlichen Strikturen zählen. Ursachen der Strikturen sind vornehmlich Trauma und Gonorrhoe; erstere entstehen schneller; letztere kommen durch Fortsetzung der Entzündung auf das submuköse Gewebe zu stande. Von diesem ist auch die Form der Striktur abhängig, deren Öffnung selten eine central gelegene, meistens eine excentrische ist. Selten sind mehrfache Strikturen. Vollständige Obliteration tritt nach Gonorrhoe ein. Die Form der Striktur kann mit dem Urethrometer von Otis bestimmt werden. Der Sitz ist bei traumatischer Entstehung natürlich vom Sitze des Traumas abhängig; dieses betrifft am häufigsten den Bulbus und seine Umgebung, da die Gewalteinwirkung gewöhnlich vom Damme aus stattfindet. Auch die gonorrhoischen Strikturen sitzen in der Gegend des Bulbus und der Pars membranacea, demnächst in der Fossa navicularis und in der Pars spongiosa, niemals aber in der Pars prostatica. Die Gonorrhoe besteht meistens noch fort. Das erste Symptom einer gonorrhoischen Striktur ist oft die Störung der Samenentleerung („schmerzhafte Wollust [Dittel]") und auch Einbufse

der Erektionsfähigkeit. Die Störung des Harnlassens zeigt sich durch Veränderung des Harnstrahls und Eintritt der Harnentleerung. Die Kraft des ersteren ist im Beginne eher eine vermehrte durch Hypertrophie der Blasenmuskulatur; dazu ist er gewöhnlich dünn. Erst später bei Erlahmung der Blase ist die Entleerung nur mit Anstrengung möglich. DITTEL giebt folgende Regeln: Ist der Strahl dick, fällt ohne Bogen herunter, dann ist die Striktur weit und hinten; kommt er in kleinen, getrennten Tropfen an, dann ist sie hinten und enge; findet ein Nachdrücken am Damm oder Nachtropfen statt, dann beginnt eine beträchtliche Dilatation hinter ihr. Ist der Strahl dünn, wird er in kurzem Bogen geschwind ausgetrieben, dann ist die Striktur vorne, enge und mäfsig lang; wird er geschwind zersplittert, dann ist sie vorne und kurz; ist er geteilt, so dafs ein kurzer Bogen heruntergeht und es gleichzeitig abwärts tropft, dann ist die Öffnung excentrisch. Enuresis, spontanes Abtröpfeln des Harns ist stets eine Folge einer Überfüllung der Blase. Plötzliche Harnverhaltung ist meistens von sekundären Schädlichkeiten abhängig. In vorgeschrittenen Fällen besteht meist ein chronischer Blasenkatarrh. Zur objektiven Untersuchung genügt selten die Palpation, auch das Endoskop leistet wenig, von gröfstem Werte ist die Sondenuntersuchung. Ein Urteil erhält man durch dieselbe nur dann, wenn man mit der Sonde die Striktur passiert hat. Braucht man dickere Instrumente, dann nimmt man metallische, sonst — unter No. 12 CHARRIÈRE — elastische. Jede Striktur bedingt ein Miterkranken der hinter ihr gelegenen Abschnitte: Dilatation, Divertikelbildung, Cystitis etc. Dieses kurz der Inhalt der sehr übersichtlichen Arbeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Über einen Fall von Dermatalgie, von G. ELLIOT. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* März 1893.) Die Krankheit besteht seit vier Monaten. Die Haut von den Inguinalfalten bis hinab zu beiden Knien ist so empfindlich, dafs die leiseste Berührung oder schwaches Reiben intensiven Schmerz verursacht. Der Patient leidet an Gicht.

Verfasser erwähnt noch einen Fall. Hier hatte der Patient permanent die Empfindung des Brennens. Leise Berührung verstärkte diese Empfindung, während dieselbe auf festen Druck nicht vorhanden war. *C. Berliner-Aachen.*

Die Strafbarkeit der Übertragung ansteckender Krankheiten, von Prof. H. QUINCKE. (*Ärztl. Vereinsbl.* 1893. No. 249.) Das lebhafte Interesse, das sich zur Zeit für gesetzliche Mafsnahmen zur Prophylaxe der Verbreitung ansteckender Krankheiten regt, hat Verfasser zu den vorliegenden Ausführungen veranlafst. Vor allem vermifst er einen Zusatz zu § 232 des Strafgesetzbuches, dahin lautend, dafs die durch Fahrlässigkeit verursachten Körperverletzungen, resp. Gesundheitsstörungen auch ohne Antrag verfolgt werden können. Er exemplificiert dabei unter anderem auch auf die ansteckenden Geschlechtskrankheiten. Die Wirkung einer solchen gesetzmäfsigen Fixierung würde mehr eine moralische sein durch Anregung und Erziehung des öffentlichen Bewufstseins; zur Ausführung würde der Paragraph nur selten gelangen, da ja der Nachweis stets nur sehr schwer zu führen sein wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XVII. No. 12. 15. Dezember 1893.

Über die Inkubationsdauer bei Syphilis.

Von

Prof. Dr. R. Bergh,
Kopenhagen.

Im Gegensatz zur kongenitalen Syphilis setzt die acquirierte eine Infektion mit dem syphilitischen Virus durch eine offene Eingangspforte an der Haut oder an den Schleimhäuten voraus, sein Eindringen an einer Stelle, wo das Epithel abgestofsen oder maceriert gewesen ist oder noch mehr, durch eine ein wenig gröfsere Beschädigung, eine Exkoriation oder eine Ruptur. Dieses war schon mehreren der ältesten Syphilidologen klar, und ist besonders und, wie es scheint, zuerst von Fernel[1] hervorgehoben.

Die Stelle, wo die Infektion geschehen ist, sklerosiert; es entwickelt sich da in der Regel allmählich eine Papel, eine Induration. Der Abstand vom Infektionsmoment bis zum Auftreten dieser eigentümlichen und noch nicht recht erklärten Härte an der Ansteckungsstelle wird gewöhnlich noch die erste Inkubation benannt. Nach vollendeter Entwickelung des Initialsymptoms, der lokalen Papel oder Induration, verläuft wieder eine Frist, meistens von mehreren Wochen, während welcher die Infektion weiter arbeitet und den Organismus so durchdringt, dafs es zu einem generellen Ausbruch an Haut und Schleimhäuten kommt. Dieser Zwischenraum zwischen dem entwickelten Initialsymptom und der generellen Eruption bildet die sogenannte zweite Inkubation. Dieses

[1] Gruner, *Aphrodisiacus s. de lue venerea* 1789. pag. 142, 144. Hoc vero (venenum) cum in partem cute nudatam insederit, contactu quidem eam primum, dein vero proximas reliquumque corpus omne consecutione quadam inquinabit.
— perniciosa labes attactu et contagione contracta.
— non nisi in apertam nudamque partem saevit.
(Fernel, *De luis ven. curat.* 1579.)
In der ersten Ausgabe des Luisin (1566) fehlt Fernel selbstfolglich; in der von Boerhaave (1728) finden sich nur zwei Bruchstücke seiner Arbeit, obgleich die erste Ausgabe derselben schon 1579 erschien. Die Ausgabe Gruners (1789. pag. 142—157) suppliert die von Boerhaave.
Vgl. noch: Jean Fernel *d'Amiens*. par L. Le Pileur. 1879. pag. 294. (Fragmentum I.)

ist eine ganz künstliche und schematische Differentierung, weil beide Perioden ohne Grenze ineinander übergehen. Solche Aufstellung könnte dennoch einen Sinn haben, falls es sicher oder nur wahrscheinlich wäre, daſs die Induration von vornherein nur ein lokales Phänomen und nicht schon Symptom der stattgefundenen generellen Infektion wäre.

Erst in diesem Jahrhundert oder eigentlich erst in der letzten Hälfte desselben, hat man sich mit der Frage von der Inkubation der Syphilis beschäftigt. Die ältesten syphilidologischen Verfasser waren ganz in Anspruch genommen von den Symptomen der greulichen und sich oft sehr schnell entwickelnden Seuche, welche die derzeit mit Schrecken schlug; und sie setzten noch dazu, wenigstens in der ersten Zeit fast nie, dieselbe nicht mit Ansteckung und vorausgegangenen lokalen Symptomen in Verbindung. Daher liegen in der ältesten syphilidographischen Litteratur, wie es scheint, nur ganz wenige diese Frage berührende Notizen vor; und die ältesten, auf welche der gelehrte J. K. Proksch meine Aufmerksamkeit gelenkt hat, stammen noch dazu von Laien, nicht von Ärzten. Ein Canonicus der S. M. d'Orvieto, Tommaso di Silvastro, Bruder eines Arztes, liefert ein Stück seiner eigenen Krankengeschichte und erwähnt, daſs er früh (27. April 1498) Lokalsymptome am Penis bemerkte, aber erst sechs Wochen später (8. Juni) Exanthem.[2] In der zweiten bewahrten Schrift von Joseph Grünpeck, dem Geistlichen und dem bekannten Sekretär des Kaisers Maximilian I., giebt er (1503) seine Leidensgeschichte; erst vier Monate nach dem kolossalen Initialsymptom („utrisque manibus vix comprehendi potuisset") sollen die generellen Symptome hervorgetreten sein.[3] In seiner interessanten Autobiographie erzählt Benvenuto Cellini noch, daſs er 1532 mit Syphilis angesteckt worden war, daſs aber noch vier Monate bis an das Auftreten von generellen Symptomen verliefen.[4] G. Torrella, Leibarzt des Papstes Alexander VI. und des Cäsar Borgia, liefert (1497) in seiner breit geschriebenen *de pudendagra tractatus* fünf Krankengeschichten (consilia), von welchen die zwei ersten deutlich eine Inkubation von 16 und 30 Tagen erwähnen.[5] P. Pinctor, auch Leibarzt des Alexander VI., behauptet auch eine Inkubation von 9 bis 14 und 20 Tagen gesehen zu haben.[6]

---

[2] A. Corradi, *Nuovi documenti par la storia delle malattie veneree in Italia.* Milano 1884. 8vo. pag. 6, 7, 55.

[3] *Libellus Jos. Gruenpeckii germani de mentulagra morbo rabido et incognito.* 1503. — Cf. Gruner, *Aphrodisiacus s. de lue venerea.* 1789. pag. 64—69 (65).

[4] *Vita di Benvenuto Cellini,* per — Gius. Molini. Firenze 1830. pag. 127. *Goethes Werke.* 34. Band. 1830. pag. 166.

[5] Gasp. Torrellae, *De pudendagra tractatus.* — (Aloys. Luisinus) *De morbo gallico.* I. Venetiis. 1566. pag. 421—476. (*Consilia quaedam.* pag. 469—476.)

[6] P. Pinctor, *De morbo foedo et occulto his temporibus affligente.* Romae 1500. — Cf. Gruner, *Aphrodisiacus.* 1789. II. pag. 85—115.

Pag. 95: Aluhamata autem possunt apparere post nonum diem, etiamque. post XIV. et XX. diem —.

Fracastori, der berühmte Veroneser Arzt des Tridentinischen Conciliums, hat (1530) in seinem dem Sekretär Leo's X, den Kardinal P. Bembo, dedicierten Gedichte „Syphilis" wieder die Angabe[7] einer Latenzperiode von ein bis zwei, ja selbst vier Monaten, sowie auch in seinem Aufsatze *de contagionibus et de contagiosis morbis* (1546).[8] Auch der Bresciaarzt Vella (1515) hat vielleicht Kenntnis von einer Inkubation bei Syphilis gehabt.[9] Hierauf werden sich aber etwa die Kenntnisse der älteren Syphilidologen von den Inkubationsverhältnissen der Syphilis beschränkt haben; und die Verfasser der folgenden zwei Jahrhunderte scheinen sich auch nicht mit dieser Frage weiter beschäftigt zu haben. Auch bei Astruc (1736)[10] wird derselben keine Aufmerksamkeit geschenkt, und ebensowenig bei Girtanner (1793).[11] Erst bei Swediaur[12] wird die Inkubation wieder besprochen.

Die nur einigermafsen genaue Bestimmung der Länge der ersten Inkubation mufs so oft unsicher werden, weil die Entwickelung der Papel oder Induration an der Läsionsstelle so allmählich vorgeht, dafs das Dasein derselben sich nicht von einem bestimmten Tage ab fixieren läfst, selbst auch wenn das Infektionsmoment sicher feststeht. In Beziehung auf diesen letzten Punkt liegen ziemlich zuverläfsliche Erläuterungen mitunter in den Fällen vor, in welchen Ärzte und Hebammen, teilweise auch Ammen insont angesteckt worden sind; ferner rühren einigermafsen ähnliche von der vaccinalen Syphilis her. Zum gröfsten Teil ganz zuverläfslich sind aber die, welche sich auf den von Wallace (1835) inaugurierten, rücksichtslosen, heutzutage glücklicherweise fast aufgehörten experimentellen Inokulationen an nicht luetischen Individuen stützen. Das Inokulationsprodukt ist hier aber nicht immer typisch indurativ (Rollet, Auspitz) gewesen.

Eine vergleichende Untersuchung zeigt nun, dafs die Länge dieser, der ersten Inkubationsperiode selbst bei den experimentellen Inoku-

---

[7] „In primis mirum illud erat, quod labe recepta,
Saepe tamen quater ipsa suam compleverat orbem,
Luna prius, quam signa satis manifesta darentur."
(Aloys. Luisinus) *De morbo gallico.* I. Venetiis 1566. pag. (161—172) 163c.
Hier. Fracastorii Veronensis, — *Carminum.* ed. 2. I. Patavii 1739. — *Syphilidis s. de morbo gall.* lib. I. pag. 14. (Vers. 319—321).
Vgl. Fracastor, *La syphilis.* (1530), *Le mal français* (1546), traduit par. A. Fournier. 1870. pag. 27, 48; 155.

[8] Fracastor, *De morbis contagiosis.* l. c. 1566. pag. 173.
Vgl. L. Meunier, *Les trois livres de Fracastor sur la contagion, les maladies contagieuses et leur traitement.* 1891. pag. (154—182) 157.

[9] G. Vella, *Consilia medica pro egregio artium doctore Aloysio Mantuano, qui morbo gallico laborat.* 1515. — (G. Vella, *De morbo gallico opusculum*) *Aphrodisiacus s. de lue venerea.* ed. Boerhaave. 1728. pag. 208.

[10] Astruc, *De morbis venereis.* libri sex. 1736.

[11] Girtanner, *Abhandl. üb. d. vener. Krankh.* I—III. 1788 (1797)—1793.

[12] Swediaur, *Traité complet des mal. vénér. ou syphilit.* II. 1817. pag. 3, 13, 25.

lationen ganz bedeutend variieren kann. Von verschiedenen Syphilidologen (Sperino, Rollet, Diday, Sigmund, Profeta) ist behauptet worden, dafs die besondere Art der Ansteckungsquelle, induriertes Geschwür, Blut oder sekundäres Symptom (meistens Schleimpapel), in dieser Beziehung von grofser Bedeutung wäre. Rollet hatte schon (1865) ein ausführliches Referat geliefert[13] und tabellarisch die Resultate der Inokulationsversuche an 27 gesunden Individuen, von mehreren (15) verschiedenen Ärzten unternommen, zusammengestellt. Bei solchen Impfungen von indurierten Geschwüren (9 Fälle) betrug die Inkubationsdauer 15 bis 39 Tage, bei Inokulationen mit syphilitischem Blut und mit sekundären Produkten (19 Fälle) 10—42 Tage; die Länge der Inkubation giebt er durchschnittlich zu 25—26 Tagen an. Ohne Kenntnis von dieser Arbeit Rollets, teilweise aber mit Benutzung desselben litterarischen Materials, legte Auspitz[14] kurz nachher (1866) eine Übersicht über 56 solche Inokulationen vor; als Resultat zieht er daraus eine Durchschnittslänge der Inkubation von 3—4 Wochen (24 Tage), das Minimum war 10 (1 mal), das Maximum 42 Tage (1 Fall); einen von der erwähnten Verschiedenartigkeit der Infektionsquelle konstant abhängenden Unterschied an der Länge der Inkubation konnte Auspitz nicht konstatieren. Der Darstellung von Rollet schliefst sich Leloir[15] fast ganz an; sowie teilweise auch Profeta, der doch[16] die Inkubationsdauer im ganzen kürzer anschlägt, für die erste Kategorie zu 10—15, für die zweite zu 18—28 Tage. Diese Erörterungen, die ja experimentelle Grundlage besitzen, zeigen somit eine recht grofse Latitude der Inkubation, und nebenbei mufs noch besonders hervorgehoben werden, dafs sowohl ältere, wie neuere[17] Experimentatoren einen nicht geringen Unterschied in der Länge derselben bei gleichzeitigen Inokulationen selbst an demselben Körperteile bei demselben Individuum beobachtet haben.

Die zerstreuten Erfahrungen, die von den zufälligen (insonten) Infektionen von Ärzten und Hebammen, sowie von Säugammen vorliegen, scheinen dieselbe unstäte Länge der Inkubation zu bezeugen.[18] Und die Beobachtungen von der vaccinalen Infektion

---

[13] Rollet, *Traité des mal. vénér.* Premier fascicule. 1865. pag. 494—541.

[14] Auspitz, *Die Lehren vom syphilitischen Contagium.* 1866. pag. 338—345.

[15] Leloir, *Leç. sur la Syphilis.* 1886. pag. 72.

[16] Profeta, *Trattato prat. delle malattie veneree.* 1888. pag. 422.

[17] Bumm, Zur Frage der Schankerexcision. *Vierteljschr. f. Derm. u. Syph.* IX. 1882. pag. (259—304) 286.

[18] Sigmund, Über die Inkubation der Syphilis. *Wien. med. Wochenschr.* XV. 77, 78, 79, 80. 1865.

S. fand (pag. 1430) in 27 Fällen von Fingerinfektion eine Inkubation von 13 bis 21 Tagen.

A. Fournier, Chancres syphilitiques de la main et des doigts. *Semaine méd.* XIII, 18. 1893. pag. 93—96. (mit 3 Figuren).

Fournier giebt (für 30 Fälle) ganz lose eine Inkubation von 3—4 Wochen an.

zeigen eine ähnliche Inkonstanz an; noch dazu wird auch hier der Wert dieser Beobachtungen, wenigstens in einer sehr grofsen Anzahl der Fälle, dadurch verringert, dafs das meistens nicht erwartete syphilitische Initialsymptom während seiner Frühperiode so oft verkannt wird; VIENNOIS[19] giebt die Inkubationslänge hier zu meistens 15—25 Tage an, nach HUTCHINSON[20] ist sie gröfser, bis 8 Wochen betragend. Ganz dieselbe Unsicherheit gilt den jetzt in nicht ganz geringer Anzahl, obgleich zerstreut, vorliegenden Beobachtungen von Tättowierungs-Syphilis, und wieder aus demselben Grunde: der allzu späten Erkennung der Art der aufgetretenen Lokalsymptome.

Noch unsicherer wird die Feststelluug dieser Inkubationsdauer in den gewöhnlich vorkommenden klinischen Fällen, in welchen man für das Infektionsmoment nur die so oft unzuverlässigen und nicht selten selbst lügnerischen Angaben der Kranken zu berücksichtigen hat. Die Angaben der syphilidologischen Verfasser gehen hier darum auch weit auseinander und räumen meistens der Inkubationslänge einen recht bedeutenden Spielraum ein. Von einigen (SPERINO, DIDAY, SIGMUND, PROFETA) wird dieses Zeitmafs zu durchschnittlich 2—4 Wochen, von anderen (BÄRENSPRUNG, LANG, LELOIR, BJÖRKÉN, ROLLET, A. FOURNIER, CORNIL) zu 3—4 Wochen angeschlagen, von HUTCHINSON[21] zu wenigstens 5 Wochen. Als Durchschnittswert ist diese Schätzung wahrscheinlich zu grofs. Die alten Angaben von RICORD und M. ROBERT,[22] dafs die Induration in der Regel sich schon in der zweiten Woche nach stattgefundener Infektion entwickelt findet, hat in einer wenigstens sehr grofsen Anzahl von Fällen ihre Richtigkeit, und solche Fälle bilden, gegen die Angaben von BJÖRKÉN[23] u. a., bei weitem nicht bare Ausnahmen. In einzelnen Fällen scheint eine noch kürzere Inkubationsdauer beobachtet, und eine entwickelte Induration schon 3—5 Tage nach der Infektion oder wenigstens innerhalb der ersten Woche darauf gesehen.[24] Im Gegensatz soll auch eine ungleich längere Inkubation, selbst bis auf 9—10 Wochen, vorgekommen sein.[25]

[19] (VIENNOIS) *De la Syphilis vaccinale, communication à l'ac. impér. de médecine.* 1865. pag. 329 etc.

Vgl. AUSPITZ, *Die Lehren vom syphilitischen Contagium.* 1866. pag. 243—270. — KAPOSI, *Path. u. Therap. d. Syphilis.* II. 1891. pag. 354—366.

[20] HUTCHINSON, *Syphilis.* Durch KOLLMANN. 1888. pag. 138.

[21] —, l. c. 1888. pag. 135—138.

[22] RICORD, *Leç. sur le chancre*, par A. FOURNIER. 1858. pag. 88.
M. ROBERT, *Nouv. traité des mal. vénér.* 1861. pag. 353.

[23] BJÖRKÉN, *Några anteckningar i Syphilidologie.* 1870. pag. 23. (Upsala-läkarefören. Förhandl.).

[24] BASSEREAU, *Traité des aff. de la peau symptom. de la Syph.* 1852. pag. 129.
DIDAY, *Hist. nat. de la Syphilis.* 1863. pag. 70.
M. ROBERT, l. c. 1861. pag. 354.
A. FOURNIER, *Rech. sur l'incub. de la Syph.* 1865. pag. 42,

[25] A. FOURNIER, *Rech. sur l'incub. de la Syph.* 1865. pag. 24.
A. WOLFF, *Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh.* 1893. pag. 446.

Die Feststellung der Länge der sogenannten zweiten Inkubation ist wesentlich nicht mehr sicher als die der ersten. Es ist ja ziemlich willkürlich, wenn man einen etwa bestimmten Tag für die unzweifelhaft entwickelte Induration festschlägt, und in nicht wenigen Fällen von Syphilis mit etwas heftigerem Eruptionsfieber und mit stärkerer Schlundröte noch mehr willkürlich, wenn man, um die Syphilis confirmata zu konstatieren, prinzipiell bis zum Hervortreten des Hautausbruches hat warten wollen. Auch daher lauten die vorliegenden Angaben über diese Inkubationsdauer so verschieden. Eine bei den Verfassern ab und zu zurückkehrende Angabe eines umgekehrten Verhältnisses der Länge der Inkubationen, in der Weise, dafs eine kürzere erste von einer um soviel längeren zweiten gefolgt werden sollte, und umgekehrt, ist gewifs unrichtig; ebenso die, dafs die zweite Inkubation in der Regel doppelt so lang wie die zweite sein sollte.

Nach dem Resumé Rollets über die Erfahrungen von den experimentellen Inokulationen[26] soll die Infektion vom indurativen Geschwür dieser Inkubation eine Länge von 18—64 Tagen geben, während sie bei Ansteckung mit Blut oder sekundären Produkten 12 bis 130 Tage betrug; durchschnittlich setzt er sie zu 47 Tagen an. Aus fast demselben litterarischen Material folgert Auspitz[27] eine Durchnittsdauer von 64 Tagen oder von 6—12 Wochen, Minimum wäre 8—14 Tage; ganz ausnahmsweise soll eine Inkubationslänge von 130 und 159 (Rinecker), sowie gegen 140 Tage (Vidal) konstatiert gewesen sein. Auch die Angaben Profetas[28] über dieselben Verhältnisse stimmen nicht ganz mit den vorherstehenden.

Ihren klinischen Erfahrungen zufolge geben sehr viele Syphilidologen (Bärensprung, Lancereaux (Leudet), A. Fournier, Cornil, Leloir, Kaposi [M. Kohn], Bäumler, Bumstead und Taylor, Jullien u. a.) diesem Zeitraume meistens eine Länge von beiläufig 40—50 Tagen.[29] Andere (Sperino, Lang) berechnen dieselbe zu durchschnittlich[30] 42 bis

---

[26] Rollet, l. c. 1865. pag. 493—541 (535, 544).

[27] Auspitz, l. c. 1866. pag. 345.

[28] Profeta, l. c. 1888. pag. 507.

[29] E. Lancereaux, *Traité hist. et prat. de la Syph.* 1866. pag. 116.
A. Fournier, *Leç. sur la Syphilis — chez la femme.* 1873. pag. 305.
M. Kohn, *Die Syphilis.* 1875. pag. 75.
Bäumler, *Syphilis.* Ziemssen, *Handb. d. spez. Path. u. Therap.* 3. Aufl. III, 1. 1876. pag. 119.
Cornil, *Leç. sur la Syphilis.* 1879. pag. 102.
Bumstead and Taylor, *The path. and treatment of Ven. dis.* 1883. pag. 472.
Leloir, *Leç. sur la Syphilis.* 1886. pag. 175.
Jullien, *Tr. prat. des malad. vénér.* 1886 (1890). pag. 689.

[30] Sperino, *Studi clinici sul virus sifilitico.* 1863. pag. 9—10.
Nach Ansteckung von induriertem Geschwüre soll die Inkubation sich selten über 30 Tage erstrecken.
Lang, *Vorles. üb. Path. u. Therap. d. Syph.* 1884—1886. pag. 56—58.

84 Tage; M. Robert zu 35—120 Tage.[31] M. von Zeissl giebt an, in einem Falle (mit einer ersten Inkubation von 6 Wochen) die ersten Allgemeinsymptome erst nach 9 Monaten erscheinend gesehen zu haben.[32] — In Fällen, in welchen sich eine schwere Syphilis entwickelte, will Diday[33] eine Inkubation von durchschnittlich 53 Tagen gesehen haben, bei leichteren Formen der Krankheit eine von nur 47 (!).

Es sollte scheinen, dafs es leichter wäre, bei den öffentlichen Dirnen, die zweimal wöchentlich untersucht werden, und bei welchen das Initialsymptom früh entdeckt werden mufste, die Länge dieser Inkubation zu bestimmen. Es ist aber nicht so. Das nicht seltene Ausbleiben dieser Individuen von den polizeilichen Visitationen, die dadurch und durch viele andere Vergehen veranlafsten Arrestationen und Aufenthalt im Zwangshause legen diesen Feststellungen so oft Hindernisse in den Weg. Ganz häufig werden deshalb diese Dirnen erst mit voll entwickeltem erstem Ausbruche ins Spital eingelegt, oft noch mit Überresten des unbeachteten Initialsymptoms. Ausnahmsweise ist es auch vorgekommen, dafs öffentliche Frauenzimmer mit zweifelhaftem und schnell verschwundenem Initialsymptom nach Verlauf von ein paar Monaten aus dem Spital ausgeschrieben und einige Wochen nachher mit florider Syphilis eingelegt worden sind. Unter den 76 öffentlichen Dirnen,[34] die im Septennium 1886—1892 wegen des ersten Ausbruches von Lues im Vestre-Hospital von Kopenhagen behandelt worden sind, kamen nur 24 vor, bei welchen sich diese Inkubationsdauer einigermafsen feststellen liefs. Bei fünf Individuen schienen sie etwa 20—30, bei vier 45—50, bei sechs 60—70, bei vier 72—88, bei zwei 92—94, bei einem 111 und bei zwei 154 und 188 Tage zu betragen. Die Hauteruption zeigte sich in diesen Fällen, nach kurzer wie nach langer Inkubation, immer als Roseola.

Das unergründete syphilitische Virus oder die (toxinartigen) Produkte, die es selber oder die Gewebe, mit denen es in Berührung kommt, hervorbringen, schleichen sich im Verborgenen vom Infektionsmomente ab auf verschiedenen Wegen unanfechtbar und unaufhaltbar allmählich weiter, den ganzen Organismus nach und nach durchseuchend. Dieses Fortschreiten des Virus scheint stetig vorzugehen, und auf der Wanderung des Ansteckungsstoffes scheint es nirgendwo zum Stockenzukommen, weder an der Eintrittsstelle (Papel), noch in den dieser Stelle nächstliegenden

---

[31] M. Robert, l. c. 1861. pag. 480.

[32] *Verhandl. d. Wien. Dermatol. Ges.* 12. Novbr. 1890. — *Arch. f. Dermat. u. Syph.* XXIII. 1891. pag. 157.

[33] Vgl. Diday, *Hist. nat. de la Syph.* 1863. pag. 95—96.

[34] In 1886 : 8, in 1887 : 12, in 1888 : 10, in 1889 : 8, in 1890 : 7, in 1891 : 17 und in 1892 : 14.

Lymphdrüsen. Es verläuft aber eine Zeitlang, bis das Virus seine generelle Wirkung entfaltet und seine Zeichen aufsen an der Haut und an den Schleimhäuten setzt. Diese nach den Individualitäten so wandelbare Zeitfrist bildet die Schlummerperiode, die Inkubation. Es liegt somit kein Grund, am allerwenigsten ein praktischer vor, diese Periode in zwei zu spalten. Die Unicisten haben auch die Inkubation immer als eine Einheit abgehandelt, die sich vom Infektionsmomente an bis zur Eruption erstreckte, und in neuester Zeit hat Ehlers[35] auch angedeutet, dafs es selbst vom dualistischen Standpunkte zweckmäfsiger wäre, nur von **einer Inkubation** zu sprechen.

Nach Durchsehen und Zusammenstellung der veröffentlichten experimentellen Inokulationen erweist es sich, dafs die totale Inkubation dabei so weiten Spielraum hat, das dieselbe über 27 bis 170 Tage spannt, durchschnittlich etwa 70 Tage oder beiläufig 10 Wochen beträgt.

Es war danach zu erwarten, dafs die klinischen Beobachtungen eine nicht geringere Variabilität zeigen würden, wie es in der That auch die von verschiedenen Syphilidologen vorliegenden Angaben bezeugen. Bassereau zufolge[36] beträgt diese Inkubation in der Regel 30—60 Tage, nicht selten aber auch 60—90, einzelne Male hat er eine von 20 bis 30 Tagen gesehen; sehr selten ist der Ausbruch erst im vierten und ganz ausnahmsweise im fünften Monate nach der Infektion eingetreten. Nach Ricord[37] beträgt die totale Inkubation in der Regel 4—6 Wochen, häufig aber doch 2—3 Monate, ganz selten 5—6. Diday sah[38] (in einer kleinen Reihe von Fällen) die Inkubation von 40—78 Tagen variieren, und M. Robert[39] von 5 Wochen bis 4 Monaten; Lancereaux[40] giebt sie zu 60—70 Tagen an; H. Zeissl[41] sah nie Eruption vor der achten Woche nach der Infektion; Bäumler[42] zufolge variiert diese Zeitlänge von 9 bis 11 Wochen, und Kaposi[43] will nie den Ausbruch vor der sechsten und spätestens in der zwölften Woche nach stattgefundener Infektion gesehen haben; einer von Güntz[44] gelieferten Übersicht zufolge trat die Eruption in 8 von 74 Fällen nach 100—159 Tagen hervor, und selbst referiert er zwei persönliche Erfahrungen von einer Inkubation von 123 und 131 Tagen.

---

[35] E. Ehlers, *Exstirp. af den syphilit. Initiallaesion.* Dissert. 1891. pag. 139.
[36] Bassereau, l. c. 1852. pag. 175—177.
[37] Ricord, *Lettres sur la Syphilis.* 2 éd. 1856. pag. 300—301. — *Leç. sur le chancre.* par A. Fournier. 1858. pag. 130.
[38] Diday, l. c. 1863. pag. 96.
[39] M. Robert, l. c. 1861. pag. 480.
[40] Lancereaux, l. c. 1866. pag. 116.
[41] H. Zeissl, *Lehrb. d. Syph.* II. 1875. pag. 81.
[42] Bäumler, l. c. 1876. pag. 119.
[43] Kaposi, *Path. u. Therap. d. Syph.* I. 1881. pag. 116.
[44] E. Güntz, *Über die Dauer d. Inkubationsstad. d. konst. Syph.* — Betz, *Memorabilien.* 1881. 7 H. pag. 391, 399.

Nach PROFETA[45] zeigt sich die Eruption bei Ansteckung von sekundären Symptomen gegen 40 Tage nachher, dagegen nach Infektion von primärem Geschwüre erst nach 8—10 Wochen. Der dieser totalen Inkubation zugeschriebene Spielraum sollte hiernach sehr weit sein und sich von 3 bis 4 Wochen bis zu 5—6 Monaten erstrecken können. Und so scheint es in der That auch zu sein; die Lues bietet in dieser Beziehung viele Ähnlichkeit mit der Lyssa.

Eine eingehende Durchmusterung meiner privaten Protokolle über die sehr grofse Anzahl von Individuen mit erstem Ausbruche von Syphilis, welche ich seit 1853 und besonders seit 1859 behandelt habe, hat mir gestattet, 254 männliche Individuen auszusuchen, welche ziemlich oder ganz zuverlässige Data (gekanntes Infektionsmoment; sehr häufige und regelmäfsige Visite beim Arzte) für die Feststellung der totalen Inkubation lieferten. Diese betrug, d. h. die generelle Eruption stellte sich ein in der

4. Woche	bei 2	11. Woche	bei 23
5. „	„ 11	12. „	„ 16
6. „	„ 20	13. „	„ 13
7. „	„ 28	14. „	„ 24
8. „	„ 32	15. „	„ 27
9. „	„ 21	20.–24. „	(141, 168, 170 Tage) bei 3
10. „	„ 30	24.–29. „	(188, 201, 201, 204 „) bei 4

Der Spielraum der Inkubation ist danach also sehr bedeutend gewesen, hat sich von 24 bis 204 Tage erstreckt. Auch in dieser Beobachtungsreihe ist die Eruption am häufigsten (32 Fälle) in der achten Woche aufgetreten, dann (28 Fälle) in der siebenten und in der zehnten (30 Fälle); recht häufig aber (27 Fälle) hat sie bis in die fünfzehnte hinein gewartet; eine längere Inkubation bis in die neunundzwanzigste Woche ist nur ganz wenige (7) Male vorgekommen. Eben diese letzteren Fälle, so wie die extrem-kurzen (2) sind in dieser Observationsreihe von besonders zuverlässigem Charakter und werden unten verkürzt mitgeteilt.

I. G. W., 32 Jahre alt, Sattelmacher, blond, von torpider Konstitution, hatte nach einem Cölibat von mehreren Wochen am 15. April 1874 mit einer öffentlichen Dirne Konnubium, das von einer geringen Exkoriation an der Glans und in die Retropräputialfurche hinein unmittelbar gefolgt wurde. Dieselbe erhielt sich, eine etwas zweifelhafte Härte schnell entwickelnd und von geschwollenen Leistendrüsen begleitet; dazu kamen Geschwulst der vorderen Halsdrüsen und leichte Prodrome, und am 9. Mai oder 24 Tage nach der Infektion blühte eine Akneeruption, mit kleinfleckiger Roseola vermischt. — In 1876 subkutane Gummitionen an den Beinen und

[45] PROFETA, l. c. 1888. pag. 507.

eine walnufsgrofse Gummition im linken M. gastrocnemius. In 1878 verdächtige Gehirnsymptome und in 1879 Rückenmarkssymptome; die letzteren traten wieder in 1885 auf und hinterliefsen eine Schwäche der linken Unterextremität; in 1889 grofse serpiginöse kutane Ulcerationen an den Beinen. Später keine neuen Ausbrüche.

II. J. H., 55 Jahre alt, unverheiratet, Particulier, gesund und recht kräftig, übte, auch nach längerem Cölibat, am 14. Januar 1866 Beischlaf mit einer jungen Dirne; drei Tage nachher wurde in der Retropräputialfurche eine ulcerierende Ruptur gesehen, die acht Tage nachher induriert war; die Induration wurde kolossal und verbreitete sich fast über die ganze Retropräputialfurche, während die inguinalen Drüsen schwollen, sowie die hinteren Halsdrüsen. Ziemlich starke prodromale Symptome traten hervor, und am 8. Februar oder 25 Tage nach der Infektion war ein reichlicher Ausbruch von papulösen, teilweise pustulierenden (Akne-) Syphiliden hervorgetreten, auch an der Kopfschwarte. Während der merkuriellen Behandlung zeigte sich eine neue Eruption mit papulaten (lentikulären) Syphiliden, sowie mit einer oberflächlichen syphilitischen Schlundaffektion, wozu sich (im Juni) eine (nicht gummöse) rechte Iritis anschlofs. In August-September ein neuer luetischer Ausbruch mit grofsen papulaten Syphiliden, auch in den Handflächen (S. cornea), und ein Recidiv der vorigen Iritis. In den nächstfolgenden Jahren kamen nur mehrmals Epithelialverdickungen an der Mundschleimhaut vor. Später soll der Patient Tabetiker geworden und in einer Irrenanstalt gestorben sein.

In diesen beiden Fällen mit ganz ungewöhnlich kurzer Inkubation entwickelte sich eine schwere und sehr aushaltende Syphilis. Ich habe übrigens mehrmals, bei Männern wie bei Weibern, nach einer Inkubation, die unter Mitteldauer war, ähnlichen, weniger glücklichen oder fatalen Verlauf des Leidens gesehen, so z. B. im untenstehenden Falle, der noch dazu ein älteres Individuum[46] betraf; was fast immer eine weniger glückliche Prognose stellt.

III. J., Hebamme, 64 Jahre alt, gesund, assistierte am 21. Juli 1889 bei der Entbindung einer durch ihren Gemahl inficierten Frau; das zwei Monate zu früh geborene Kind bekam schnell syphilitischen Pemphigus, Schnupfen u. s. w. und starb nach zehn Tagen. Acht Tage nach der Entbindung zeigte sich an der Spitze des rechten Zeigefingers eine schmerzliche, unbegrenzte Härte, die sich in der Mitte in eine ulcerierte Induration schnell verwandelte; starke prodromale Symptome mit Temperatursteigerung stellten sich ein, und am 45. Tage nach der Infektion ein sehr starker und diffuser Ausbruch von papulösen Syphiliden, auch am Gesichte, sowie an den Hand- und Fufsflächen. Während der Behandlung wurde diese Eruption von einer pustulo-krustösen teilweise ersetzt, wozu sich eine granulomatöse Iritis anschlofs; kurz nachher ein paar apoplektiforme Anfälle, an dem letzten derselben unterlag die Patientin am 22. Februar 1890, etwa sieben Monate nach der Infektion.

Auf der anderen Seite gewährt eine ziemlich oder selbst sehr lange Inkubation keine Garantie für einen leichteren Verlauf der Krankheit. Solches wird beispielweise durch die untenstehenden Fälle erläutert:

IV. N. N., 21 Jahre alt, blond, gesund, juridischer Studierender, hatte am 26. September 1879 mit einer jungen Dirne geschlechtlich zu thun, erwarb sich

---

[46] Vgl. eine Reihe von P. Regoby (*De la syphilis chez les personnes agées.* Thèse de Paris. 1887) gesammelten Fällen.

dadurch eine Urethritis und eine Exkoriation in der Retropräputialfurche, die nach und nach indurierte; die Induration wurde sehr grofs, derselben schlofs sich Geschwulst der Leistendrüsen, der hinteren Hals- und der Submaxillardrüsen an, ferner auch die gewöhnlichen Prodrome; aber erst am 13. Februar 1880 oder 140 Tage, 20 Wochen, nach der Infektion stellte sich der Ausbruch ein, pustulöse (akneartige) Syphilide und eine syphilitische Angina. 1881, 1882 und 1883 je ein neuer, auf die Handflächen begrenzter Ausbruch (Psor. palm. syphilit.), auch von oberflächlicher syphilitischer Angina begleitet; in 1890 ganz ähnliche Eruption, mit in Kreisen gestellten papulösen Syphiliden der Vorderarme vergesellschaftet. Später kein Ausbruch.

V. J. W., 54 Jahre alt, Gutsbesitzer, Witwer, gesund und kräftig, bekam am 20. Juli 1881 bei einem Hotelmädchen im Auslande eine Exkoriation, die sich bei der Untersuchung fünf Wochen später stark induriert zeigte; es hatten sich dazu geschwollene Leistendrüsen angeschlossen; es traten aber keine prodromalen Symptome ein. Der sehr ängstliche Patient wurde wenigstens alle acht Tage untersucht, aber erst am 6. Februar oder etwa 201 Tage, d. h. mehr als 28½ Wochen nach der Infektion trat die generelle Eruption mit papulaten Syphiliden und mit leichter syphilitischer Angina auf. Kurz nach beendigter (merkurieller) Behandlung neuer Ausbruch, mit ringbildenden, schuppenden Syphiliden an der Kopfschwarte, am Körper und an den Gliedern. Ein paar Monate später wieder neuer Ausbruch, reichliche grofsfleckige Roseola, oberflächliche syphilitische Angina, Psoriasis palmaris und tylotische Verdickungen an den Fersen. Nach noch einigen Monaten subkutane Gummition in der Submentalregion. 1887 verdächtige Rückenmarkssymptome, die im Auslande durch eine kombinierte Behandlung gebessert wurden; 1888 und 1889 ähnliche, wieder in derselben Weise gebessert. 1890 „apoplektischer" Tod.

VI. N. N., 30 Jahre alt, Anwalt, gesund, hatte am 1. April 1885 einen verdächtigen Beischlaf, von Exkoriation gefolgt, welche nach einer Woche induriert war; die Induration hielt sich unverändert; es zeigten sich geschwollene Drüsen in den Leisten und am Halse, ferner gewöhnliche prodromale Symptome, die sich wieder verloren. Aber erst am 21. Oktober oder nach 204 Tagen, mehr als 29 Wochen nach der Infektion wurde eine Eruption von kleinfleckiger, mit papulösen Syphiliden vermischter Roseola konstatiert. Kurz nach Schlufs der anscheinend effektiven Inunktionsbehandlung neuer Ausbruch von zerstreuten und gruppierten papulaten (lentikulären) Syphiliden. 1887 neuer Ausbruch von pustulösen Syphiliden (Akne) in Gesellschaft mit Periostose des Schienbeines; in 1889 ein vollständig ähnlicher Ausbruch. Seitdem scheint er gesund.

VII. G. T., 26 Jahre alt, Ingenieur, gesund und kräftig, holte sich im Auslande am 21. Februar 1886 eine Exkoriation an der Innenseite der Vorhaut, die sehr schnell sich induriert haben soll und drei Wochen nach stattgefundener Infektion eine kolossale Gröfse erreicht hatte. Von lokaler und regionärer Behandlung fast nicht beeinflufst, erhielt sie sich durch 2½ Monate fast unverändert, während die Gland. inguinales und cervicales postt. anschwollen; dann begann die Induration langsam etwas zurückzugehen. Anfangs September traten durch eine volle Woche gewöhnliche prodromale Symptome mit Temperatursteigerung auf, und am 10. September, 201 Tage oder fast 29 Wochen nach der Infektion, stellte sich ein tumultuarischer Ausbruch von einer über Gesicht, Körper mit Skrotum und Penis und die Glieder verbreiteten, grofsfleckigen, meistens etwas erhabenen Roseola ein, die am Rücken teilweise ein Erythema nodosum simulierte und daselbst im Laufe einiger Tage zu skarlatiniformen Flächen konfluierte; die Hand- und Fufsflächen blieben frei. Einstweilen trat ein schnell vorschreitender, ganz enormer Haarausfall auf, der, an den

Schläfen beginnend, nach und nach den ganzen Menschen vollständig enthaarte; auch die oberflächliche syphilitische Angina mit ihrer scharfen bogenartigen Begrenzung nach oben fehlte nicht. Die Symptome verschwanden langsam während einer langdauernden variierten Behandlung mit Zurücklassen von mifs-(kupfer-)farbigen, am Körper wie an den Extremitäten oft leukodermatisch unterbrochenen Flecken, die erst nach Monaten ganz verschwunden waren. Erst im Mai 1888 konnte der Patient die Perrücke ablegen; das Kopfhaar war dann dicht und kräftig, dichter, dunkler und etwas kräftiger als vorher; etwas früher waren die Augenbrauen, Cilien, Bart und die Haare der Axillen und der Schamgegend vollständigst regeneriert. In 1889 hatte der Patient eine leichte Epitheliosis der Mundhöhle und verdächtige Anfälle von Schwindel. Später ist er gesund geblieben.

Die vielleicht erst von MERIC[47] aufgestellte Behauptung, dafs die Inkubationsdauer bei Weibern kürzer als bei dem männlichen Geschlechte wäre, ist wohl von sehr zweifelhaftem Werte.[48] Sicher ist es, dafs sie nicht ganz selten ziemlich lang ist, wie es z. B. aus den untenstehenden Krankengeschichten hervorgeht.

VIII. Cecilie J., 21 Jahre alt, r. m., Blondine, Cigarrenarbeiterin, wurde am 11. Februar 1892 mit beginnend-indurierter Exkoriation an der linken Grofslippe in das Vestre-Hospital eingelegt, welche sich bald zu einer typischen Induration entwickelte, unter gleichzeitigem Auftreten von Geschwulst der Leistendrüsen. Erst nach lokaler und regionärer Behandlung durch 99 Tage war die Induration ganz verschwunden, keine neuen Drüsengeschwülste waren zugetreten, und der allgemeine Zustand schien normal, als die Patientin am 10. Juni nach einem Aufenthalte von 121 Tagen ausgeschrieben und der Polizeibehörde zur Sühnung einer Strafe übergeben wurde. Sie wurde direkt aus dem Arrest wieder am 11. August eingelegt. Ihrer Angabe nach — sie war darauf vorbereitet — hatte sie vor zwei bis drei Wochen die gewöhnlichen prodromalen Symptome und auch lokale genitale bemerkt. Es fand sich eine kaum bemerkbare Narbe nach der Induration, Schleimpapeln in der anogenitalen Region; jetzt waren auch die Gl. cervicales postt., sowie submaxillares und eine kubitale Drüse geschwollen; es fanden sich noch prodromale Überreste; am Stamm wie an den Extremitäten eine grofsfleckige, teilweise ringbildende Roseola, starke Röte der Schlundschleimhaut, sowie der inneren Geschlechtsteile. Die Inkubationsdauer mufs hier wenigstens zu 170 Tagen oder zu mehr als 24 Wochen angeschlagen werden.

IX. Hertha J. Wilh. S., 22 Jahre alt, r. m., Blondine, gesund und kräftig, als öffentliche Dirne seit September 1882 eingeschrieben, wurde am 19. November 1886 im Vestre-Hospital mit mehreren kleinen Indurationen und Papeln der Nymphen eingelegt, welche bei lokaler und regionärer Behandlung, während sich aber Inguinalpleiaden entwickelten, nach fünf Wochen vollständig verschwunden waren. Anfangs Mai 1887 traten endlich prodromale Symptome auf, sowie Geschwulst der Gl. cervicales postt. sich auch gezeigt hatte. Am 25. Mai oder wenigstens 188 Tage: 27 Wochen, nach der Infektion wurde begrenzte Röte der Schlundschleimhaut mit Epithelialverdickungen der vorderen Gaumenbogen konstatiert; es fand sich starker Ausfall des Kopfhaares und an den Seiten des Halses ein anfangendes Leukoderma. — Etwa ein Jahr später (Mai 1888) wurde sie mit leichtem Recidiv eingelegt; aufser den Überresten der erwähnten Lymphdrüsengeschwülste fanden sich noch geschwollene Gl.

[47] MERIC, *Lettsomian lectures on Syphilis.* 1858. pag. 31.
[48] Vgl. auch: SIGMUND, l. c. XV, 79. 1865. pag. 1431.

auriculares postt., leichte prodromale Symptome, Röte der Schlundschleimhaut und des Kehlkopfeinganges, wieder Haarausfall und am Körper eine kleinfleckige Roseola. Später und bis jetzt (März 1893) kein Recidiv.

Für die allermeisten Fälle bleibt die Ursache dieser ungleichen Länge der Inkubation ganz unbekannt. Zunächst kommt wohl hier in Betracht die Intensität, wohl auch die Menge des eindringenden Virus, danach die Receptivität und Widerstandsfähigkeit des Individuums, endlich der Einfluſs von verschiedenen Verhältnissen, die besonders begünstigend oder schwächend auf das eingedrungene Virus einwirken können.

Es ist, wie erwähnt, öfter angegeben worden, daſs dieses Virus, vom indurativen Geschwüre geholt, von gröſserer Intensität sein sollte, als wenn von sekundären Produkten (Schleimpapeln) genommen, und daſs jenes eine kürzere Inkubation zur Folge haben sollte. Nach den experimentellen Erfahrungen bleibt es wohl zweifelhaft, ob solches in der That eine so groſse Bedeutung habe. Dagegen ist es nicht unwahrscheinlich, daſs das plötzliche oder schnelle Eindringen einer gröſseren Menge von Virus, wie es durch eine direkte Aufnahme in das Gefäſssystem muſs geschehen können, eine kürzere Inkubation veranlassen könnte, als eine langsamere und von Verhinderungen beeinträchtigte (kanalikuläre) Wanderung zwischen den Oberhautzellen hinein und mit den Lymphgefäſsbahnen. Es ist auch nicht unmöglich, daſs die speziellen Lokalitäten, wo die Infektion vor sich gegangen ist, hier eine Rolle spielen; die von den Fingern oder von der Mundschleimhaut ausgehende, oder überhaupt extragenital entstandene Syphilis hat immer einen schlechten Ruf von Schwere gehabt.[49]

In Beziehung auf das angesteckte Individuum wäre es möglich, daſs Erblichkeitsverhältnisse nicht ohne Bedeutung wären. Individuen, die von syphilitischen Eltern stammen, ohne aber selbst luetisch geworden zu sein, sind mitunter durch Jahre immun (Regel [„Gesetz"] von Profeta); es ist wahrscheinlich, daſs eine bei ihnen nach Auslöschen der Immunität auftretende Syphilis längere Inkubation und im ganzen milderen Verlauf haben wird. Hiermit stimmt aber wenig die Erfahrung, daſs Lues in Fällen von Reinfektion nicht immer in milderer Form auftrete.[50] In Gegenden mit einer von Syphilis noch nicht berührten Be-

---

[49] A. Fournier, Chancres syphilit. de la main et des doigts. *Sem. méd.* XIII, 13. 1893. pag. 97. m. Fig.

Vgl. R. Bergh, *Vestre Hospital i 1889.* 1890. pag. 26 (213).

L. Duncan Bulkley, Clin. notes on chancre of the tonsil. (*Trans. med. soc. of New York.* 1893) sep. pag. 8.

Ricord dagegen (*Clinique iconogr.* livr. 8. 1845. pl. XXI) betont, daſs die Gravidität der Syphilis vom Sitze des Initialsymtoms gar nicht abhänge.

[50] Vgl. R. Bergh, om syphilitisk Reinfektion. *Hosp. Tid.* VIII, 9. 1865. pag. 33—35.

A. Wolff, *Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh.* 1893. pag. 445.

völkerung tritt diese Lues dagegen, wie bekannt, mit einer aufserordentlichen Stärke auf, mitunter an die grofse Epidemie von 1495 erinnernd. Möglicherweise entwickelt sich die Syphilis überhaupt bei Individuen von „reinem Blute", d. h. ohne atavistisch syphilitische Antecedentien, besonders schnell, sowie besonders bösartig. Die von MERIC dem Geschlechte des Individuums zugeschriebene Bedeutung ist kaum berechtigt; durchschnittlich ist die Inkubation bei Weibern kaum kürzer,[51] und ebensowenig länger (JULLIEN) bei Schwangeren.[52] Und ebenso verhält es sich sicherlich mit dem Alter der Patienten; es ist kaum begründet, dem Steigen desselben[53] einen retardierenden Einfluſs beizumessen (QUINQUAUD, ULLMANN, PROFETA). Unzweifelhaft dagegen ist es, daſs eine schwache oder sehr geschwächte Konstitution für die tumultuarische Entwickelung einer malignen Syphilis einen sehr geeigneten Boden abgiebt. — Augenblicklich wenigstens ist es aber sehr zweifelhaft, ob die klimatischen Verhältnisse[54] an und für sich in der hier erwähnten Beziehung irgend einen Einfluſs üben, und ob die Inkubation in den wärmeren Himmelsstrichen wirklich kürzer (LAGNEAU) und in den kälteren länger sein sollte (PROFETA). Die Behauptung, daſs die Inkubation bei Sommerzeit kürzer als im Winter sei (MAURIAC), ist kaum richtig.

Sicher ist es, daſs verschiedene dem Virus und dem Individuum sonst fremde Einflüsse die Inkubation verlängern können. Solches scheint von den Fällen zu gelten, in denen eine ganz früh eingeleitete generelle präventive Behandlung stattgefunden hat. Unzweifelhaft ist es noch, durch ältere und neuere[55] Erfahrungen konstatiert, daſs die Inkubation durch Eintreten von Krankheiten mit hoher Temperatur (Pleuritis, Pneumonie, rheumatisches Fieber, Dysenterie, Typhus, gelbes Fieber, Erysipelas, Variolae in. m.) ausgedehnt werden kann; die Inkubation soll unter solchen Verhältnissen zu 90, ja selbst bis 120—160 Tage verlängert gesehen sein. Während dagegen andere Infektionskrankheiten und konstitutionelle Leiden (Malaria; Tuberkulose) dieselbe verkürzen können.

Grofse individuelle Variabilität in der Länge der Inkubationsperiode ist auch bei verschiedenen anderen infektiösen Krankheiten gesehen; eine annäherungsweise so grofse und so häufig vorkommende wie bei der

---

[51] MERIC, *Lettsomian lectures on Syphilis*. 1858. pag. 31.
[52] JULLIEN, l. c. 1886 (1890). pag. 558.
[53] PROFETA, l. c. 1888. pag. 422.
SIGMUND, l. c. XV, 79. 1865. pag. 1431.
[54] JULLIEN, *Sem. méd.* 1885. 40. pag. 330 (?)
FALCONE, *Ann. de derm. et de syph.* 2. S. IX. 1888. pag. 421.
[55] Vgl. *Wien. med. Wochenschr.* XIX. 15. 1869. pag. 288.

Syphilis aber wohl nur bei der Lepra,[56] und eine noch längere kaum bei anderen als dem Aussatze.

Die prognostische Bedeutung, die von verschiedenen Syphilidologen, besonders von DIDAY, der Länge der Inkubation zugeschrieben worden ist, ist sicherlich übertrieben, obgleich nicht verneint werden kann, dafs eine ungewöhnlich kurze Inkubation nicht ganz selten von einer sehr schweren Syphilis gefolgt werden kann.

[56] Es wird wohl von ungenügender Kontrolle abhängen, wenn STELWAGON (*Rep of the Philadelphia dispens. for skin dis.* 1893. pag. 26) eine Inkubationslänge be Syphilis bis zu einem Jahre annehmen kann.

Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen.

Von

Dr. med. et phil. ARNOLD SACK
in Heidelberg.

(Fortsetzung von S. 312.)

Kurz, HAYEM will gelten lassen, dafs die Hautblutungen durch diffus arteritische Prozesse bedingt wären, und dafs die hämorrhagischen Herde als wahre Hautinfarkte zu betrachten seien.

Gegen eine derartige Auffassung läfst sich aber ein gewichtiger Einwand erheben. In der Haut, wo es bekanntlich keine Endarterien giebt, die Kapillargebiete benachbarter Arterien vielmehr kontinuierlich ineinander übergehen, ist die Entstehung eines hämorrhagischen Infarktes nicht gut denkbar. Die Haut hat eben ein ganz anders gebautes Gefäfsnetz, als die Milz oder die Niere. Dort bereiten die Vorgänge, die zur hämorrhagischen Infarcierung führen, dem Verständnis gar keine Schwierigkeiten, hier dagegen liegt solcher Vorgang aufser dem Bereiche der Möglichkeit.

Immerhin kann, wie UNNA[54] schon hervorgehoben hat, eine ausgedehnte Thrombosierung gröfserer arterieller Bezirke der Haut mit Fortsetzung auf kleine Arterien und Kapillaren die örtliche Cirkulationsverhältnisse derartig erschweren, dafs die Entstehung von Hämorrhagien begünstigt werden kann. Als ein förderndes Moment zur Entstehung solch ausgedehnter Gerinnungen kann wohl eine hoch-

[54] L. c. pag. 277 u. 316ff.

gradige Veränderung der Arterienwandungen, bestehend in hyperplastischer Entzündung derselben, angesehen werden; ob ihr aber die Hauptrolle bei dem ganzen Vorgange zugeschrieben werden kann, erscheint mehr als fraglich. Nichts findet man so leicht und so oft bei Sektionen und mikroskopischen Untersuchungen, wie gerade solche Veränderungen der Gefäfswandungen. Wie unendlich selten dagegen erscheinen im Verhältnis dazu die hämorrhagischen Zustände.

Weiter sucht HAYEM die meisten Blutungen, auch solche, die durch „Blutdissolution" entstanden sein sollen, auf embolische Vorgänge überhaupt zurückzuführen, indem sich nach seiner Vorstellung im Blute spontane Gerinnungen einstellen, welche die Endkapillaren der Haut verstopfen sollen (Précipitation grumeleuse).

Dieser bestechenden Anschauung von der embolischen Natur der Purpura stehen zwar einige sehr interessante Beobachtungen aus anderen Gebieten zur Seite. So entdeckten z. B. FAGGE[55] und später HARRIS[56] und ROSE[57] einen Zusammenhang zwischen der Verstopfung der Hautkapillaren mit Sarkommassen und den Hautekchymosen. Es ist aber durch diese Beobachtungen durchaus nicht bewiesen worden, dafs die Kapillarembolien als solche die Blutungen erzeugten. Es könnte ja mit gröfserem Rechte an eine ausgedehnte fortgesetzte Thrombose gröfserer Hautgefäfse durch Fibringerinnsel gedacht werden, in deren Gefolge erst die Blutung entstanden war.

Die Kapillarembolien müfsten ja ganz enorm zahlreich sein, um derartige gewaltige Cirkulationshindernisse in einem Organe, wie die Haut, hervorbringen zu können, als deren unmittelbare Folge sich Hauthämorrhagien erwiesen. So zahlreich können aber primäre Kapillarembolien aus dem einfachen Grunde nicht sein, weil ja zwischen dem Ursprungsgebiete dieser Embolie — den kleinen Venen des Körpers — und ihrem letzten Bestimmungsorte — den Arterienkapillaren der Haut — der ganze Lungenkreislauf eingeschaltet ist, und weil bei der supponierten ungeheuren Menge von Embolien die Verstopfung der Lungenkapillaren mit den Massen und das Lungenödem noch früher eintreten müfsten.

Es lassen sich aber auch andere, nicht minder gewichtige Gründe gegen die Stichhaltigkeit einer solchen embolischen Theorie der Hautekchymosen beibringen. Hätte dieselbe wirklich eine Berechtigung, so müfste man annehmen, dafs die Krankheiten, bei welchen embolische

---

[55] *Guys Hospital Report.* 1881.

[56] The relation of Purpura to malignant growths. *Med. Chron.* 1889. pag. 353.

[57] *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* 1887, und in FUNKS: Klin. Studien über Sarkom. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII. pag. 72. In den zwei ROSEschen Fällen bildeten sich nach der Excision eines primären Hautsarkoms zahlreiche Purpuraflecken auf der Haut. Ein Teil davon ist verschwunden; an den übrigen sind sekundäre Sarkomknoten entstanden (Purpura sarcomatodes).

Verstopfungen von Kapillaren etwas sehr Häufiges ist (ich greife z. B. Anthrax heraus, wo die Hautkapillare von dichten Bacillenpfröpfen erfüllt ind, so dafs an die Wegsamkeit dieser Gefäfse für die Blutkörperchens nicht gut gedacht werden kann), unter dem Bilde einer hämorrhagischen Purpura verlaufen müfsten, indem sich durch zahlreiche Kapillarverstopfungen ja Hautextravasate bilden sollten. Dies trifft aber thatsächlich gar nicht zu.

Bei der eigentümlichen Verteilung des Gefäfsnetzes in der Haut sagen also die Kapillarembolien gar nichts, und müssen demnach viel wirksamere Momente zur Erklärung der Hauthämorrhagien herangezogen werden.

Auch Barthélemys Angaben über die mikroskopischen Befunde bei Purpura[58] enthalten keine wesentlichen positiven Momente. Im Gegensatz zu Hayem fand er die Gefäfse ganz normal. Es fanden sich auf der Höhe der hämorrhagischen Herde überhaupt keine nennenswerten Läsionen in der Haut. Das Blut füllte die Maschen zwischen den Bindegewebsbündeln der Cutis aus, hie und da mehr oder weniger bedeutende Ansammlungen von roten Blutkörperchen bildend. Es waren aber auch die Schleifen der Knäueldrüsen von Blutextravasaten gefüllt, und glaubt Barthélemy, Ketten von Kokken darin gefunden zu haben.

Bedeutender waren die Veränderungen der Gefäfse und des Hautgewebes, welche Leloir[59] in einem Falle von Purpura bei einem syphilitischen Potator verzeichnet. Die Sektion ergab: Lebercirrhose, Pneumonie, interstitielle Nephritis, Atherom der Aorta und der kleinen Arterien, — lauter Erscheinungen, die sehr gut auf Alkoholismus und Syphilis zurückgeführt werden können. Während viscerale Blutungen gänzlich fehlten, war die Haut von zahlreichen Petechien und Ekchymosen durchsetzt.

Die Oberhaut bot auf den Schnitten nichts Krankhaftes dar; dagegen traten in der Cutis ausgesprochene Erscheinungen a) des Ödems und b) der Blutung in den Vordergrund. Starke Erweiterung der Lymphspalten und Ansammlung von Leukocyten in der Umgebung der Gefäfse kennzeichnete die ödematösen Veränderungen, die besonders stark im Papillarkörper ausgesprochen waren. Das Bild der Hämorrhagie hingegen gestaltete sich folgendermafsen: Vor allem fiel die enorme Anschoppung sämtlicher Gefäfse auf, um die herum ein Mantel von ausgewanderten Leukocyten zu erkennen war. Nur im Zentrum der Ekchymose konnte man pathologische Veränderungen der Gefäfse, bestehend in Verdickung ihrer Wandungen und in Proliferation und

[58] *Des purpuras.* pag. 10.

[59] Contributions à l'étude du purpura. *Ann. de derm. et de syph.* Nouv. Série. Vol. V. 1884.

Desquamation ihrer Endothelien erkennen. Einzelne Haufen von gewucherten Endothelzellen machten den Eindruck von winzigen Embolien. Hier und dort lagen kleine hämorrhagische Herde — alle den Gefäfsen dicht angeschlossen, so dafs man zur Annahme berechtigt war, dafs dieselben die Gefäfswandungen direkt durchbrochen hatten. Nirgends waren aber Thromben, Gerinnsel oder Faserstoffnetze zu bemerken. An manchen Stellen fiel dagegen bedeutende Verdickung der Gefäfswandungen — namentlich in den tieferen Cutisschichten, begleitet von Wucherungen des Endothels — auf.

Die genannten Veränderungen der Gefäfse, speziell der kleineren, macht nun Leloir für die Hämorrhagien verantwortlich. Dieselben können nach seiner Auffassung nur durch grobe Zerreifsungen der Gefäfswände entstehen. Die Reihenfolge der pathologischen Phänomene wäre demnach folgende: Zunächst Hyperämie, oder richtiger, Stauung in den schon von vornherein kranken Gefäfschen der Haut; dann enorme Dilatation der nur wenig widerstandsfähigen Gefäfse; schliefslich Zerreifsung derselben und somit Entstehung eines Purpurafleckes.

Warum die Verdickung der Gefäfshäute an und für sich zu Zerreifsungen disponieren soll, ist zwar aus Leloirs Ausführungen nicht ersichtlich. Man müfste im Gegenteil annehmen, dafs Wandverdickung gerade ein Hindernis für die Zerreifslichkeit des Gefäfses abgeben sollte. Im Leloirschen Falle kann wohl die bei Potatoren und Syphilitikern nicht geradezu seltene Brüchigkeit der verdickten Gefäfswandungen die Entstehung von Zerreifsungen eher erklären, als die Verdickung an und für sich.

Dafs aber eine auf die Gefäfsveränderung zugespitzte Erklärung nur für solche Purpurafälle passen kann, die mit nachweisbaren groben Veränderungen der Gefäfse einhergehen, sieht Leloir selbst ein, und da er einen anderen Fall von Purpura bei einem hochgradig tuberkulösen Kranken anatomisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, wo sich eben keine analogen Erweiterungen und Alterationen der Gefäfse vorfanden, die letzteren vielmehr ganz intakt waren, so sieht er sich genötigt, zwei Kategorien von hämorrhagischen Erkrankungen aufzustellen: solche, die durch greifbare Läsionen der Gefäfse entstehen, und andere, die nur durch krankhafte Beschaffenheit des Blutes herbeigeführt werden. In der letzteren Ansicht bestärkt ihn die Thatsache, dafs in dem vorerwähnten zweiten Falle bei völliger Integrität der Gefäfswandungen die Lumina der Cutis- und Hypodermgefäfse mit zahlreichen Fibringerinnseln erfüllt waren. Den schon besprochenen Ausführungen von Hayem folgend, erklärt er sich auch für die Theorie der spontanen Blutgerinnung mit konsekutiven Kapillarembolien, die zur Bildung eines „Hautinfarktes“ führen sollen.

Schon bei der Besprechung der Hayemschen Beobachtungen wurde

aber auf die Bedenken hingewiesen, welche derartige Deutungen bei genauerer Prüfung hervorrufen müssen.[60]

In beiden Fällen führt Leloir die Blutaustritte nicht auf diapedetische Vorgänge, sondern auf Gefäfsrupturen zurück. Er ist aber nicht in der Lage, solche Zerreifsungen im mikroskopischen Bilde nachzuweisen. Er wird also zu dieser Annahme weniger durch thatsächliche positive Beobachtungen, als durch Deduktionen gedrängt.

Es soll hier erwähnt werden, dafs aufser den von Hayem, Leloir und auch Stroganow[61] beschriebenen Veränderungen der Gefäfswand, die vornehmlich als Verdickung mit Proliferation der Intima sich dokumentieren, gelegentlich auch andere erkannt wurden. So deutete Wilson Fox die bei einem Syphilitiker von ihm nachgewiesene „amyloide" Entartung der Gefäfse, speziell der Kapillaren, als Ursache der bei diesem Kranken beobachteten Blutungen. Wenn diese Entartung häufiger wäre, könnte sie vielleicht für die Pathogenie der Purpura eine Bedeutung gewinnen. Bekanntlich ist dies aber die am seltensten vorkommende Degeneration der Hautgefäfse, und kann diesem Befunde also kein grofser Wert beigelegt werden. Auch erwähnt Riehl[62] ausgesprochener Gefäfserkrankungen, die bei Bronzekrankheit den Übertritt des Blutes ins Gewebe bedingen sollen. Wir vermissen aber einen Hinweis auf die Natur dieser von ihm mikroskopisch nachgewiesenen Erkrankungen. Fettige und hyaline Degeneration der Gefäfswand bei Hämorrhagien beschreiben auch Kogerer und Riehl, wie weiter unten gezeigt werden wird.

Cornils[63] histologische Studien über Purpura brachten im Grunde auch nichts, was nicht schon von anderen Autoren hervorgehohen worden wäre. Er weist auf die gleichmäfsig bei allen Cutisgefäfsen — arteriellen und venösen — von ihm angetroffene kolossale Lumenerweiterung hin. Ebenfalls sah Fremond[64] eine aufsergewöhnliche Erweiterung der

---

[60] Es darf zwar nicht verschwiegen werden, dafs nach den Versuchen von Panum (*Virch. Arch. f. path. Anat. u. Physiol.* Bd. XXV. 1862) ausgedehnte Kapillarembolien in der Haut Ekchymosen wohl bedingen können. In Panums Versuchen wurde aber Quecksilber — eine durch ihren grofsen Spannungskoefficienten ausgezeichnete Substanz — in die Cruralis der Tiere eingespritzt. Es ist nicht ausgeschlossen, dafs eben vermöge der hohen Spannung bei der Injektion die Kapillare platzten. Es fanden sich namentlich im Zentrum jeder Hautekchymose kleine Quecksilberkügelchen vor. Ob aber bei Injektion von anders gearteten Stoffen — von mehr physio-pathologischer Art — ein ähnlicher Vorgang zu erwarten ist, erscheint zunächst noch zweifelhaft. Bekanntlich haben die von Virchow s. Z. vorgenommenen Versuche mit Injektion von putriden Stoffen gar keine Hautekchymosen ergeben (s. *Virch. Handb. d. sp. Path. u. Therap.* Bd. I. pag. 243). Es wäre demnach eine sehr dankenswerte Aufgabe, dieser Frage von neuem experimentell beizukommen.

[61] Über die Extravasation bei Morb. maculos. Werlh. *Virch. Arch.* Bd. 63. 1875. pag. 555 u. a.

[62] Zur Pathologie des Morbus Addisonii. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. X. pag. 521.

[63] Vrgl. M. de Gimard, Du purpura hémorrhagique primitif ou purpura infectieux primitif. *Thèse de Paris.* 1888. pag. 48.

[64] Vrgl. du Castel, Des diverses espèces du purpura. *Thèse d'agrég.* 1883. pag. 52.

Gefäfse, speziell in der zentralen Partie des ekchymotischen Fleckes. Auch WICKHAM LEGG[65] beschreibt die Gefäfse als enorm erweitert. Keiner von ihnen vermochte aber irgendwelche schwere Läsionen an den Gefäfsen selbst zu entdecken.

Nach KOGERERS[66] Mitteilung hat RIEHL bei Skorbut, Morbus maculosus und Purpura rheumatica sowohl, wie bei septischen Blutungen wesentlich ernstere Veränderungen an den Gefäfsen, wie z. B. ausgebreitete Endarteritis, hyaline und fettige (!) Degeneration, Endothelwucherung u. s. w. gefunden. Am stärksten waren diese Veränderungen in der Cutis, weniger stark im Fettpolster und am wenigsten im Papillarkörper ausgesprochen.

Die Gefäfsalterationen, welche KOGERER[67] in seinen eigenen 13 Fällen von Hauthämorrhagien gefunden hat, bestanden hauptsächlich in Gefäfswandverdickung, Intimawucherung und in Thrombosierung der zu- und abführenden Gefäfse. — Verdickt waren die Wandungen der Arterien in etwa fünf Fällen: bei Vitium cordis, Marasmus senilis (hier wird die Homogenität der Gefäfshaut hervorgehoben), bei Purpura rheumatica, wo die Verdickung mit Endothelwucherung kombiniert war, bei Lungentuberkulose mit Endocarditis, wo die Intima der Gefäfse wiederum gewuchert war, und schliefslich bei Skorbut. In diesem letzteren Falle werden die Arterienwandungen nicht nur als verdickt, sondern auch als „fettig" bezeichnet, ohne dafs man aus dem Texte ersehen könnte, wie diese fettige Entartung erkannt und nachgewiesen wurde.

Dahingegen wurden Thromben, wandständige, obturierende oder auch schon organisierte, in allen Fällen ohne Ausnahme von KOGERER gefunden, und zwar sowohl in Arterien, wie in Venen. Übrigens bemerkt K. selbst, dafs in einzelnen Fällen nicht mit Sicherheit entschieden werden konnte, ob ein wahrer Thrombus oder kompakte Blutstauung vorlag. Die Echtheit der meisten Thromben glaubt er aber bestimmt durch die verschiedenen Stufen des Organisationsprozesses in denselben nachweisen zu können.

Mit RIEHL nimmt er nun an, dafs die Gefäfserkrankung das Primäre sei. Die Gefäfserkrankung müsse ihrerseits durch tiefgreifende Ernährungsstörungen oder febrile Prozesse herbeigeführt worden sein. Ist sie aber da, so kann von ihr die Thrombenbildung leicht abgeleitet werden. Das dritte und entscheidende Moment ist aber die Gefäfsruptur, die der Thrombosierung auf dem Fufse folgt. Da nun aber in vielen Fällen das Übergewicht des Binnendruckes gegen den Aufsendruck für die erkrankten Gefäfse bei der verlangsamten Cirkulation kaum angenommen werden kann, so bleibt schliefslich für die Erklärung der Ruptur nichts übrig, als die Annahme, dafs durch schlechte Ernährung das umgebende

[65] *Transactions of path Soc.* London. 1884. pag. 479.
[66] Zur Entstehung der Hauthämorrhagien. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. X. 1885.
[67] Ibid.

Gewebe derartig gelockert sei,[68] dafs der lokale Druck eines Thrombus schon genüge, um die Ruptur des Gefäfses herbeizuführen.

Zwar begründet KOGERER diese Idee nicht weiter. Sie ist nicht einmal genügend scharf und präcis von ihm formuliert worden. Aber auch so, wie sie ist, nur leicht von ihm gestreift, erscheint sie mir immerhin sehr beachtenswert. Nach meinem Dafürhalten verdient dieser leise Versuch, die Gefäfszerreifsungen aus der Lockerung des umgebenden Gewebes zu erklären, zum mindesten ebensolche Beachtung, wie all diejenigen Theorien, welche die Hämorrhagien in erster Linie oder nur aus der Degeneration der Gefäfswandungen selbst ableiten wollen. Wie oben schon mehrfach hervorgehoben wurde, sind solche Degenerationen der Gefäfswandungen durchaus nicht immer nachgewiesen worden; sie beschränken sich vielmehr auf die Minderzahl der untersuchten Fälle von Hautblutungen. In der grofsen Mehrzahl der Fälle ist man diesen Nachweis noch immer schuldig geblieben. Daraus erkennt man mit Deutlichkeit, dafs die Gefäfswandschädigung allein noch nicht ausreicht, um einen Gefäfsrifs inmitten eines so straffen, kohärenten Gewebes wie Cutis — ich meine, eine in gutem Ernährungszustande befindliche, nicht gelockerte und alterierte Cutis es ist — plausibel zu machen. Dazu müfsten ja schon ganz gewaltige Druckdifferenzen angenommen werden, wie sie z. B. bei Anwendung eines Schröpfkopfes oder bei irgend einem anderen heftigen Trauma in die Erscheinung treten. Ein solches Übergewicht aber des Binnendruckes über dem Aufsendrucke in den Gefäfsen der Haut bei spontanen Blutungen anzunehmen, solange wir dieselbe in ihrer Hauptmasse noch als gesund denken, dafür liegt absolut kein Grund vor. — Eine solche Vorstellung widerstrebt sogar ganz mächtig der physiologischen Auffassung der Cirkulationsverhältnisse der Haut. Wie anders dagegen, wenn wir die ganze Binnensubstanz der Haut im Bereiche der Hämorrhagie ins Auge fassen! Denken wir uns dieselbe in ihrer Kohärenz geschädigt, ihrer natürlichen Elasticität und Widerstandsfähigkeit, wenn auch nur zum Teil, beraubt, so ergiebt sich die Möglichkeit einer Gefäfszerreifsung innerhalb eines derartig geschwächten Mediums ohne weiteres. Es braucht nicht besonders gesagt zu werden, dafs zur Umgebung des Gefäfses auch die Gefäfswandung selbst — und zwar in erster Linie — gehört. Nehmen wir eine Nutritionsstörung des umgebenden Gewebes an, so sagen wir damit stillschweigend, dafs auch die Wandung nicht mehr so fest, wie sie normaliter sein sollte, ist und sein kann. Wir brauchen aber nicht auf primäre Degenerationen allein, auf fettige, amyloide, hyaline, endarteritische und proliferierende Vorgänge in der Gefäfswand zu rekurrieren, die ja doch relativ selten angetroffen werden und daher für das Gros der Haut-

[68] KOGERER, l. c. Pag. 247.

blutungen unmöglich eine so grofse Bedeutung haben können, wie ihnen von mancher Seite zugeschrieben wird.

Man mufs sich wirklich wundern, wie wenig Beachtung dieser Seite der Frage von jeher entgegengebracht wurde. REDER[69] war meines Wissens der erste, der diesen Gedanken ausgesprochen und begründet hat. Wir wollen den kurzen Passus hier in extenso anführen. REDER sagt:

„Die Wandungen der Kapillargefäfse selbst sind so zart und zerreifslich, dafs sie dem Drucke des vorbeiströmenden Blutes nicht Widerstand zu leisten vermögen, wenn sie nicht durch die umliegenden Gewebe einen entsprechenden Gegendruck von aufsen erleiden. Wo nur ein Teil dieses Aufsendruckes aufgehoben wird, erfolgt alsbald durch den andringenden Blutstrom eine Zerreifsung der Gefäfswand.“ ..... „An der Haut läfst sich dieses Verhältnis durch ein einfaches Experiment nachweisen, indem man von einer winzig kleinen, kaum stecknadelkopfgrofsen Stelle die Hornschichte der Epidermis entfernt. Man wählt hierzu am besten einen Teil mit möglichst flachen Papillen, z. B. den Vorderarm. Es erfolgt keine wahrnehmbare Blutung, in dem geringen Sekrete aber, das auf der Oberfläche erscheint, ist eine grofse Menge Blutkörperchen enthalten, die nur durch ein geborstenes Gefäfschen nach aufsen gelangen konnten. Diese Thatsache ist von grofsem Belange: denn da weder der gesteigerte Andrang von den Arterien her, noch Stauung in den Venen für sich allein den Blutdruck in den Kapillaren bis zur Gefäfszerreifsung steigern können, andererseits eine ganz geringe Veränderung des Aufsendruckes in der Nähe der Kapillaren hinreicht, den Austritt von Blut zu bewirken, setzen wir mit Recht eine Veränderung (Lockerung) in der Cohärenz der Gewebe überall dort voraus, wo Extravasate ohne äufsere Einwirkung entstehen“.

Mag die Begründung, die REDER seinem letzten Satze verleiht, für Manchen auch nicht ganz einwandsfrei erscheinen, gegen diesen Satz selbst wird sich kaum ein Widerspruch von irgend einer Seite erheben. Jedermann wird vielmehr bei näherer Überlegung zugeben müssen, dafs wir genötigt sind, eine solche Deduktion in Bezug auf die Masse des Hautgewebes gelten zu lassen, nachdem wir einmal als mögliche Ursache eines ohne äufsere Einwirkung entstandenen Extravasates die Gefäfsruptur supponiert haben. Denn wie können wir es schliefslich mit unseren anatomischen Vorstellungen von der Haut und ihrem Bau vereinigen, dafs ein Gefäfsrifs inmitten eines als gesund und cohärent gedachten Hautgewebes möglich sein soll! Weder physiologische noch pathologische Druckschwankungen innerhalb des Gefäfssystems der Haut werden je im stande sein, uns den Durchbruch der Blutsäule in ein unverändertes, un-

[69] Kapitel „Hämorrhagien“ in HEBRAS akuten Exanthemen. *Virch. Hdb. d. spez. Pathol. u. Therap.* III. Bd. 1860. Pag. 607—8.

geschädigtes Gewebe von der straffen Konsistenz, wie es die normale Haut ist, zu erklären.

Höchstens könnte man uns den Einwand machen, dafs wir einer noch unbewiesenen Deduktion von der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit einer spontanen Gefäfszerreifsung innerhalb des Hautgewebes eine weitere Deduktion auf dem Fufse folgen lassen, dafs für das Zustandekommen einer solchen Zerreifsung die Lockerung der Cohärenz des Hautgewebes ein unbedingtes Postulat ist, — und somit die ganze Lehre von der Extravasation auf einen rein hypothetischen, also sehr schwankenden Boden stellen.

Gegen diesen Einwand sind wir aber durch die Thatsachen hinreichend geschützt, die wir zur positiven Lösung der ganzen Frage beigesteuert haben und die im speziellen Teil dieser Arbeit niedergelegt sind. Diese Thatsachen, welche die Möglichkeit und Realität einer spontanen Gefäfszerreifsung in der Haut beweisen sollen, stehen weit aufserhalb des Bereiches des Hypothetischen. Sie bringen nur das, was das Mikroskop in unzweideutiger Weise dem unvoreingenommenen Auge zeigt.

(Ende des allgemeinen Teiles.)

Aus der Praxis.

Ausheilung einer in Abscedierung übergegangenen Epididymitis mit völliger Erhaltung des Organs.

Krankendemonstration in der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. am 6. November 1893.

Von

Dr. med. Georg Berg.

Es ist wohl allgemein bekannt, dafs eine in Abscedierung übergehende Epididymitis ein äufserst seltener Fall ist und stets den Verdacht auf Tuberkulose nahe legt. So sagt Lesser in seinem *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten* S. 33: „Die Vereiterung der gonorrhoischen Epididymitis ist aufserordentlich selten und ist wohl meist auf das gleichzeitige Bestehen anderweitiger Erkrankungen (Tuberkulose) zurückzuführen.“ Es wird daher auch von vielen besonders in den Fällen, in welchen es zu einer Mitaffektion des Hodens kommt, rechtzeitig die Kastration, sogar die doppelseitige, empfohlen, um den Patienten vor dem Zugrundegehen an allgemeiner Tuberkulose zu retten. Dieses Thema wurde, wie die *Berl. klin. Wochenschr.* in einer ihrer letzten Nummern publiciert, in einer Sitzung der dermatologischen Vereinigung zu Berlin vom 1. November 1892 bei Gelegenheit eines von Lederman vorgestellten Falles von rechtsseitigem Infiltrat der Hodenhaut, das nach innen abscedierte, von neuem abgehandelt und im wesentlichen die eben an-

geführten Gesichtspunkte hervorgehoben. Da die Affektion bei dem Patienten keine Tendenz zur Heilung zeigte, wurde die doppelseitige Kastration gemacht.

Ich bin nun heute in der Lage, einen Fall von gonorrhoischer, in Abscedierung übergegangener Epididymitis vorzustellen, der aber glücklicherweise zur völligen Ausheilung gelangt ist, und zwar ohne Verlust oder wesentliche Beeinträchtigung des Organs.

Patient wurde mir am 27. Juni von einem Kollegen mit einer schweren Cystitis pseudomembranacea zugesandt. Er ist 35 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, die beide hochbetagt, noch leben. Dagegen sollen zwei Schwestern von ihm an Lungenleiden gestorben sein. Patient will noch nie den Beischlaf ausgeübt haben und leugnet daher noch bis heute jede Infektion. Dagegen gesteht er, von Jugend auf hartnäckiger Onanist zu sein, und führt seine Erkrankung darauf zurück, dafs er sich im Bade mit einer Gummispritze Wasser in die Harnröhre injiciert habe. Zwei Tage darauf bekam er die Erscheinungen einer schweren Cystitis. An der Urethra war bei seinem Erscheinen in der Sprechstunde kein Tropfen, weder spontan noch auf Druck, sichtbar. Nach der Schilderung des Patienten konnte man daher an Fremdkörper in der Blase denken, der bei der angegebenen Manipulation irgendwoher, sei es von dem Hornansatz der Spritze, sei es aus dem Badewasser, sei es vom Patienten selbst in onanistischer Absicht in dieselbe hineinbefördert worden war. Bei der Heftigkeit der Erscheinungen seiner Cystitis jedoch glaubte ich, vor der Hand von einer instrumentellen Untersuchung der Blase abstehen zu müssen. Dagegen gab die mikroskopische Untersuchung des Urinsedimentes völligen Aufschlufs. Es fanden sich neben zahlreichen anderen Bakterien reichliche Gonokokken. Der Sachverhalt erschien mir nun mit einem Male völlig aufgeklärt. Patient hatte eine Gonorrhoe acquiriert und offenbar in der Absicht, dieselbe schnell zur Heilung zu bringen, im Bade die angegebenen Manipulationen vorgenommen, dabei durch die Kraft des Wasserdruckes den Compressor urethrae überwunden und die Blase inficiert.

Bevor er in die Sprechstunde kam, hatte er wahrscheinlich wiederholt die Urethra ausgespült, um mich über die Ursache seiner Krankheit zu täuschen. — Trotzdem ich dem Patienten jeden Eingriff untersagte und möglichste Ruhe anempfahl, bekam er schon am 23. eine doppelseitige Epididymitis, die ihn veranlafste, sich in meine klinische Behandlung zu begeben. Linkerseits ging die Nebenhodenschwellung auf Suspension und Antiphlogose allmählich zurück, rechts jedoch kam es zur Infiltration der Hodenhaut unter beträchtlichem Fieber. Es wurde zunächst eine oberflächliche Incision gemacht und darauf hydropathische Umschläge mit essigsaurer Thonerde angewandt. Die Abscedierung schritt jedoch nach der Tiefe fort. Es wurde daher zwei Tage darauf der Schnitt vertieft, bis man unterhalb des Hodens auf einen Abscefsherd geriet, welcher den Hoden an der Hinterfläche und zu beiden Seiten umspülte, bis hinauf zum Leistenkanal reichte und die Hodenhüllen in eine schwammige Masse verwandelt hatte. Der Hode war vom Nebenhoden nicht zu differenzieren, nach oben und rechts verdrängt und durchaus mit schlaffen, schwammigen Granulationen bedeckt. Die Hodenhaut war, wohin man auch mit der Sonde kam, unterminiert und an ihrer Vorderfläche gangränös verfärbt. Es folgte Tamponade mit Jodoformgaze, die täglich gewechselt wurde. In den ersten Tagen keine Besserung im Aussehen der Wundhöhle. Der eiterige Zerfall schien Fortschritte zu machen. Ehe ich jedoch zur Kastration schritt, glaubte ich vorerst noch meine Zuflucht zum Argentum nitricum nehmen zu müssen, das sich mir bei gonorrhoischen Prozessen stets so trefflich bewährt hat und das ja auch bei Epididymitis, äufserlich auf die Haut appliciert, von mafsgebender Stelle warm empfohlen wird. Ich injicierte 1 g einer 2 %igen Lösung in die Wundhöhle, ging mit einem sorgfältig sterilisierten

Guyonschen Katheter hinauf dem Vas deferens entlang nach der Leistenöffnung zu, woher stets Eiter herabfloſs, soweit ich ohne Gewaltanwendung kam, und entleerte auf diesem Wege tropfenweise noch 1 g derselben Lösung. Die Instillationen geschahen jeden zweiten Tag, die Injektionen täglich. Zugleich wurde die Drainage mit Jodoformgaze fortgesetzt. Schon wenige Tage nach Beginn dieser Behandlung konnte ich die freudige Wahrnehmung machen, daſs die Abscefshöhle sich wesentlich gereinigt hatte und frische, kräftige Granulationen emporzuschieſsen begannen. — Die Cystitis war inzwischen unter geeigneten Maſsnahmen abgeheilt. — Die Instillationen unterblieben jetzt, die Granulationen wurden durch den Argentumstift zu schnellerem Wachstum angeregt. Am 1. September konnte Patient geheilt entlassen werden. Aufser einer glatten Narbe an der Vorderfläche der Hodenhaut ist, wie man sieht, nichts von der überstandenen Affektion zurückgeblieben. Hode und Nebenhode sind gut zu differenzieren und in ihrem Volumen nicht beeinträchtigt. Am Schwanz des Nebenhodens ist noch eine geringe gleichmäſsige Verhärtung wahrnehmbar, die, wie ich hoffen zu können glaube, einer systematischen Massage weichen wird, ebenso wie dies auf der anderen Seite bereits geschehen ist.

Wenn wir uns nun fragen, welchem von den angewandten Heilfaktoren ist diese überaus günstige Wendung, die fast in direktem Widerspruch mit den bisherigen zur Publikation gebrachten Erfahrungen steht, zuzuschreiben, war es die Behandlung mit Argentum nach Eröffnung der erkrankten Teile und ihre Ausdehnung auf das Vas deferens, war es die einfache, nur mit Geduld und Konsequenz durchgeführte konservative Wundbehandlung, war es die rechtzeitige Eröffnung und Auffindung des Abscefsherdes, so ist es natürlich unmöglich, nach diesem einen Falle darüber zu urteilen, man müfste denn den in der medizinischen Wissenschaft so falschen Satz: „post hoc, ergo propter hoc“ acceptieren.

Hoffentlich jedoch trägt diese Publikation dazu bei, daſs man in Zukunft mit gröfserer Zuversicht an die Behandlung einer in Abscedierung übergegangenen Epididymis gehen und vielleicht die von mir angewandte Methode weiterhin prüfen wird.

Versammlungen.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 15. Mai 1893.

(*Dsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 38.)

Demonstrationen von G. Lewin:

1. **Syphilitisches Empyem der Highmorshöhle.** Patientin war vor 9 Jahren in der Charité wegen gummöser Geschwüre am Unterschenkel behandelt, die nach Jodkalium schnell heilten. Vor 14 Tagen mit kachektischem Aussehen und Schwellung der rechten Gesichtshälfte wieder aufgenommen; sie hatte längere Zeit an Kopfschmerzen und Schnupfen gelitten. Aus der Nase entleerte sich viel eiterige Flüssigkeit. Die rechte untere Nasenmuschel fehlte; mit der Sonde drang man dann in das Antrum Highmori, aus dem sich viel Eiter dabei entleerte. Die elektrische Durchleuchtung bestätigte die Diagnose; die kranke Seite blieb dunkel.

2. **Leucoderma syphiliticum** in den verschiedensten Stadien: rote Papel ohne weifsen Hof, Papel mit abgeblafster Umgebung, abgeblafste Papel mit pigmentloser

Umgebung. Die Angabe Neissers, dafs das Leucoderma ein absolut sicheres Zeichen von Syphilis sei, kann L. nicht als richtig ansehen.

3. **Geschwulst an der linken Seite des Palatum durum.** Die Patientin zeigte bei der Aufnahme breite Kondylome, Roseola und wurde mit Quecksilberoxydul behandelt. Während diese Erscheinungen schwanden, bemerkte man am harten Gaumen diese $1^1/_2$ cm lange, $^1/_2$ cm breite, steil hervorspringende, scharfrandige, harte Geschwulst mit etwas geröteter Oberfläche. Periostitis besteht nicht, ebensowenig Schmerzhaftigkeit; die Punktion ergab nur wenige Tropfen Blut. Die Diagnose ist unsicher; vielleicht ist es ein Gumma, welches L. aber noch niemals an dieser Stelle gesehen hat.

4. **Nephritis nach einer Injektion von Hydrargyrum salicylicum.** Patientin, mit pustulösem Syphilid aufgenommen, bekam schon nach 0,1 Hydrargyrum salicylicum Stomatitis, die sich rasch verschlimmerte; zwei Tage darauf Temperaturerhöhung auf 40°; Puls 96, Angstgefühl, Schlaflosigkeit, grofse Schwäche. Der Urin, nur 200 ccm in 24 Stunden, zeigte spezifisches Gewicht 1018, relativ viel Albumen, hyaline Cylinder, Blutkörperchen, körnigen Detritus, Epithelien, nach einigen Tagen auch Fetttröpfchen. Alles heilte, obgleich die Patientin zeitweise starke Schwäche zeigte. Die Nephritis führt L. auf das unlösliche Quecksilbersalz zurück. Das hohe Fieber beruhte möglicherweise auf einem auf der Brust sitzenden Abscefs. Vermifst wurden Erscheinungen seitens des Darms. Die Angabe, dafs nach Quecksilber häufig Eiweifs im Urin sich findet, kann L. nicht bestätigen; er hat selbst experimentell durch grofse Dosen Sublimat alle möglichen Intoxikationserscheinungen, aber keine Albuminurie erzielt; dasselbe gilt vom Zucker und Kalk. Letzterer lagert sich nach langem Quecksilbergebrauch nach Resorption aus den Knochen in den Nieren bekanntlich ab. Vielleicht war die von älteren oft erwähnte Knochenbrüchigkeit der Syphilitiker nur eine Folge des Quecksilbergebrauches. Der Fall demonstriert die Gefahren unlöslicher Salze. Die günstigen Erfahrungen mit denselben, soweit sie aus Polikliniken stammen, sind nicht mafsgebend, da die Patienten, denen die Kur schlecht bekommt, nicht zurückkehren. Später wurden in der Charité noch zwei Fälle von Intoxikation nach unlöslichen Salzen beobachtet.

Fürbringer sah infolge von Quecksilbergebrauch jeden Zwölften albuminurisch werden. Jedoch schwand die Albuminurie schnell, bis auf einen Fall, in dem ein junger Mann nach mafslosem Quecksilbermifsbrauch eine schwere Nephritis bekam, schliefslich aber auch genas.

P. Heymann fragt, was im ersten Falle zur Annahme des luetischen Ursprunges des Empyems geführt hat. Selbst wenn die ursächliche Nasenaffektion luetischer Natur war, brauchte das Empyem doch nur durch die Eiterung an sich hervorgerufen zu sein. Er selbst hat zwei Fälle gesehen, die auf Syphilis beruhten und durch eine Nekrose der das Antrum von der Nase trennenden Scheidewand hervorgerufen waren.

G. Lewin: Nekrose der unteren Nasenmuschel, Geschwüre im Pharynx bestehen jetzt; die Anamnese ergiebt Lues; es scheint deshalb die Diagnose gerechtfertigt. — (Um den letzten Fall von Lewin als beweisend für die Gefahren unlöslicher Salze anzusehen, müfste nachgewiesen sein, dafs die Patientin vor dem Eintritt in die Charité noch nicht Quecksilber bekommen, und dafs sie nicht vorher schon an Albuminurie gelitten hat. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

61. Versammlung der British Medical Association,

gehalten am 1., 2., 3. und 4. August 1893 zu Newcastle-on-Tyne.

(*Brit. med. Journ.* 26. August. 1893.)

Über das Wachstum der Dermatologie.

Ansprache, gehalten bei der Eröffnung der Sektion für Dermatologie, von W. A. Jamieson-Edinburg.

Redner spricht allgemein über die Vorteile und Nachteile der Spezialisierung der medizinischen Fächer, über die Fortschritte der Dermatologie, über die Wichtigkeit, den Boden, das „Terrain" zu studieren und zu kennen, auf welchem Hautkrankheiten, beispielsweise der in England und Frankreich so sehr verbreitete Ringworm der Kopfhaut, sich entwickeln, welche Rolle bei dieser und anderen Affektionen die Talgdrüsen spielen, und wie notwendig im Interesse des therapeutischen Erfolges diese Kenntnis sei.

Die Resolution, nach welcher das Medizinal-Kollegium ersucht werden sollte, die Erteilung eines Doktordiploms oder eines medizinischen Grades an Studierende der Medizin von dem Nachweis erlangter Kenntnisse in der Dermatologie abhängig zu machen, wird auf Dr. Radcliffe Crockers Vorschlag für eine spätere Versammlung vorbehalten.

Dr. Colcott Fox spricht über: **Die Behandlung der chronischen Trichophytie der Kopfhaut.**

Redner erörtert die Gründe, weshalb die Behandlung der Trichophytie des Kopfes mit ungleich gröfseren Schwierigkeiten verknüpft ist, als die Behandlung des Herpes tonsurans an anderen Körperstellen.

Die lokalen Heilmittel gegen die Krankheit sind: a) mechanische, b) parasiticide, c) irritative.

Die mechanische Behandlung geht darauf aus, durch radikale Beseitigung der kranken Haare die Heilung herbeizuführen. Früher bediente man sich zu diesem Zwecke des Pechpflasters, welches die Haare mit den Krusten und Borken radikal und schnell entfernte. Das rohe und sehr schmerzhafte Verfahren ist heute zumeist verlassen, an dessen Stelle ist die etwas mühsamere, aber ebenfalls zum Ziele führende Epilation der Haare getreten. Dieselbe ist erst dann vorzunehmen, wenn der Trichophytonpilz zum gröfsten Teile vernichtet, die Haare weniger brüchig und durch die Exsudation lockerer geworden sind.

Bei der Applikation parasiticider Mittel kommt es darauf an, dafs dieselben tief genug in die Haut eindringen, ohne eine Intoxikation bei den meist jugendlichen Patienten hervorzurufen. Die Heilung schreitet unter Parasiticidis nur langsam vorwärts. Zweifellos verhindern dieselben ein weiteres Umsichgreifen der Krankheit.

Es ist ferner der Versuch gemacht worden, dem Trichophytonpilz durch Sauerstoffabschlufs die Lebensfähigkeit zu nehmen.

Von irritativen Mitteln wird man nur dann wirklichen Nutzen haben, wenn man möglichst individuell verfährt, die Beschaffenheit und die Reaktionsfähigkeit der Kopfhaut prüft und danach die Wahl und die Stärke der einzelnen Irritamente einrichtet. Unter den letzteren leistet Krotonöl bei sachverständiger Anwendung vorzügliche Dienste. Im folgenden fafst Redner die Prinzipien bei der Behandlung der Trichophytie noch einmal kurz zusammen.

Diskussion.

Dr. Alder Smith (Christs Hospital) spricht über denselben Gegenstand. Redner glaubt, dafs die besten Erfolge bei der chronischen Trichophytie zu erreichen seien, wenn man künstlich ein „Kerion" oder wenigstens eine hinreichend starke Exsudation in die Haarfollikel hervorrufe, wodurch die kranken Haare mit dem Trichophyton-

pilze vernichtet würden. Selbstverständlich müsse bei dieser Behandlung mit grofser Vorsicht verfahren werden.

Dr. Alfred Eddowes teilt seine Erfahrungen mit, die er im Kinderhospital bei der Behandlung des Ringworms von Schulkindern gemacht hat. Redner zieht folgende Schlüsse:

1. Bei geeigneter Behandlung dürfen Kinder die Schule besuchen.
2. Die physiologischen Funktionen der Haut dürfen gereizt, aber nicht durch die Reizmittel geschädigt werden.
3. Die Kopfhaut sollte von Zeit zu Zeit gründlich gereinigt werden, damit die Medikamente in engsten Kontakt mit der Haut kämen.
4. Luftabschlufs ist sehr empfehlenswert.
5. Merkurpräparate und andere giftige Substanzen leisten zwar häufig gute Dienste, sollten aber nicht auf grofse Flächen und niemals längere Zeit hindurch ohne die strengsten Vorsichtsmafsregeln und peinlichste Überwachung in Anwendung kommen.
6. Es sei unnötig, Medikamente in solcher Weise zu applicieren, dafs sie Schmerzen verursachen.
7. Es sei ratsam, beinahe in jedem Falle zuerst die ganze Kopfhaut zu behandeln und erst später einzelnen hartnäckigen Stellen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.
8. Die Epilation sei meistens nutzlos und wahrscheinlich, wenn der Wärterin oder der Mutter überlassen, noch schlimmer als nutzlos.

Dr. Phineas Abraham spricht über die verschiedenen Arten des Trichophytonpilzes, über Sabourauds Arbeiten und demonstriert mit des letzteren Unterstützung Reinkulturen und mikroskopische Präparate.

Der Präsident Dr. Jamieson spricht über denselben Gegenstand und hebt insbesondere Leslie Roberts diesbezügliche Arbeiten hervor. Was die Behandlung der Trichophytie betrifft, so glaubt Redner, dafs die Wirksamkeit der Heilmittel durch das chronische Ekzem, welches die Krankheit häufig begleite, stark beeinträchtigt werde. Die Prinzipien der Behandlung fafst Jamieson dahin zusammen:

1. Die Kopfhaut ist skrupulös rein zu halten.
2. Die Medikamente sollen auf den Haarboden wirken und gleichzeitig das begleitende Ekzem und die Seborrhoe beseitigen.
3. Der Pilz ist durch Mittel, welche sein Wachstum verhindern, zu töten.

Die einzelnen Punkte führt Redner weiter aus.

Dr. D. Walsh beschreibt einen Fall von Tinea der Nägel bei einem 35jährigen Uhrmacher.

Dr. Thin teilt seine Erfahrungen mit, die er bei der Behandlung der Trichophytie gemacht. Leider seien die Resultate keine besonders günstigen. Am vorteilhaftesten halte er die Schwefel- und Merkurpräparate.

Dr. R. Crocker stimmt im allgemeinen mit den Ausführungen von Fox überein. Obenan stelle er die Epilation der kranken Haare.

Dr. Leslie Roberts macht Mitteilungen zur Naturgeschichte des Trichophytonpilzes, spricht über dessen Entwickelung und Wachstum, über sein Verhalten gegenüber Hitze, Kälte, Feuchtigkeit, Säuren und Alkalien und zieht aus seinen interessanten, sehr instruktiven Beobachtungen für die Therapie der Trichophytie folgende Regeln:

1. Wo es irgend angeht, soll die ganze Kopfhaut rasiert werden.
2. Die ganze Kopfhaut soll gründlich desinficiert werden.
3. Applikation von Stimulantien auf die Follikel, welche kranke Haare enthalten.
4. Sorgfältige Auswahl der Mittel und strenge Individualisierung der Fälle.

Dr. Norman Walker glaubt, dafs die durch den Pilz hervorgerufene Reizung

zum grofsen Teile auf eine Produktion von Oxalsäure zurückzuführen sei. Im Gegensatze hierzu glaubt

Dr. Brooke, dafs die Drüsenschwellung und die Störung des Allgemeinbefindens, welche bei kleinen Kindern die Trichophytie häufig begleiten, wahrscheinlich in der allmählichen Entwickelung eines organischen Giftes (Toxins) produciert, durch die Thätigkeit des Trichophytonpilzes, ihre Ursache haben.

Dr. Balmanno Squire konstatiert mit Freuden, dafs Fox ein Mittel, das er in seiner Jugend als wirksam empfohlen habe, jetzt wieder zu Ehren bringe.

Der Präsident schliefst die Diskussion, welche viele neue, für die Kenntnis und die Therapie der Trichophytie wichtige Momente zu Tage gefördert habe.

Derselbe spricht über die Gewinnung, Zusammensetzung und Wirksamkeit eines Puders, genannt „**Emol**". In geringen Quantitäten, beispielsweise zu einem Theelöffel mit warmem Wasser vermischt, wirke der Puder wie eine natürliche Seife, indem er z. B. die Hände reinige, zart und geschmeidig mache. Arbeiter, welche bei der Bereitung desselben beschäftigt sind, berichten, dafs ihre früher stark hornigen Handteller mit der Zeit so zart und empfindlich werden, dafs sie zu gröberer Arbeit vollständig unfähig geworden sind. Jamieson hat Versuche bei Keratosis palmaris und bei mit Verhornung und Hautverdickung einhergehenden Ekzemen angestellt und das Mittel in Form einer Art Paste gebraucht. Dieselbe ist wirksam und in mancher Beziehung dem Gebrauche von Salicylpräparaten vorzuziehen. Aber der gute Effekt halte nur, solange die Paste in Anwendung sei. Als Puder sei „Emol" unschädlich und vielfach juckstillend.

Dr. Byrom Bramwell, Dr. Arthur Davies und Dr. Symons Eccles berichten über Fälle von Psoriasis, Ichthyosis und Ekzem, bei denen die **Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten** einen günstigen Einfluſs ausgeübt habe.

Dr. Ramsay Smith beschreibt mehrere Fälle einer wohl definierten, an **Erythem und Urticaria** erinnernden Hautaffektion. Dieselbe beginne unter Störung des Allgemeinbefindens, unter Hitze- und Juckempfindung mit runden Flecken von weifslicher oder blafsroter Farbe und 1/4 Zoll im Durchmesser. Diese Flecke könnten an allen Körperstellen auftreten, fänden sich jedoch vorwiegend am oberen Teile des Abdomens und an den Extremitäten. Nach wenigen Stunden wechsle das Bild. Die Flecke würden rot und erythematös; einige von ihnen würden papulös, hart, andere zeigten mehr das Aussehen von Blasen und entleerten beim Bersten derselben eine klare Flüssigkeit. Die Gröfse und die Zahl dieser Efflorescenzen wechselte je nach der Intensität des Falles. Zuweilen sei der ganze Körper von Kopf bis zu Fufs mit grofsen, regellos zerstreuten, erythematösen Flecken bedeckt; in der Regel jedoch seien die Flecken klein, isoliert und auf gewisse Bezirke beschränkt. Erst nach 2 bis 3 Wochen verschwinde die Affektion. Bemerkenswert sei ihr epidemischer Charakter. Redner glaubt, dafs die Affektion eine konstitutionelle, jedoch lokal auf der Haut sich manifestierende, auf eine Störung des Nervensystems zurückzuführende Krankheit sei.

Dr. Pringle bemerkt, dafs das Auftreten von Urticaria bei einzelnen Mitgliedern derselben Familie ohne nachweisbare Ursache eine bekannte klinische Thatsache sei

Dr. A. S. Eccles spricht über **Massage bei Hautkrankheiten**,

Dr. D. Walsh über Metastase oder **wechselnde Elimination als ursächlicher Faktor bei gewissen Hautentzündungen.**

Redner verteidigt die Theorie, dafs gewisse Formen von Dermatitis, welche mit abnormen Zuständen des Blutes in Zusammenhang ständen, direkt auf die Elimination von irritierenden Substanzen zurückgeführt werden könnten.

Dr. Ph. Abraham demonstriert ein Etui mit dermatologischen Instrumenten, hergestellt von der Firma Mau, Son & Thompson. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes, von Prof. G. N. Münch-Kiew. (*Dermatol. Studien.* Heft XVI. Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1893.) Es ist stets sehr dankenswert, wenn sich Autoren den historischen Studien auf dem Gebiete der Medizin zuwenden; es haben solche Arbeiten nicht nur Wert für den Altertumsforscher, sondern für jeden, der sich in die Pathologie der Krankheiten vertieft, die ja auch oft im Laufe der Jahrhunderte Änderungen ihres Charakters, ihrer Erscheinungen, ihres Verlaufes, ihrer Malignität erleiden. Wenn Verfasser nun sich der überaus mühevollen Arbeit unterzogen hat, die stets mit Aussatz bezeichnete Krankheit der Bibel „Zaraath" auf ihre Identität mit der Lepra zu prüfen, so mufs das naturgemäfs lebhaftes Interesse erregen. Da die meisten Leser dieser Blätter die Schrift wohl im Original kennen lernen werden, kann ich mich mit einer ganz kurzen Wiedergabe einiger wichtiger Punkte begnügen. Das prähistorische Zeitalter der Lepra reicht bis Celsus, dem Zeitgenossen Christi; die von diesem Autor als Elephantiasis beschriebene Krankheit ist sicherlich Lepra. Wahrscheinlich ist es, dafs das Leiden schon früher den Ärzten bekannt war, wir haben aber keine sicheren Überlieferungen. Die Schilderung der Lepra in den Büchern des Hippokrates hat nichts für das jetzt darunter verstandene Leiden Charakteristisches; denn da stellt sie keine ernste, tödliche Krankheit dar. Die Lepra des Hippokrates ist ebensowenig wie „Alphos" und „Leuke" identisch mit der unserigen, wie ausführlich bewiesen wird. Sich der Bibel und speziell der „Zaraath" derselben zuwendend, bespricht der Autor die verschiedenen Ansichten über die Bedeutung dieses Leidens, die nach drei Richtungen divergieren. Eine Gruppe betrachtet die Zaraath als Aussatz, die zweite glaubt, dafs dieselbe über dem Aussatz auch noch andere Leiden begreife, die dritte verwirft die Identität der Zaraath mit dem Aussatz vollkommen. Nach eingehender Darlegung und strenger Kritik aller Ansichten und nach einer genauen Darstellung der unter Zaraath geschilderten Krankheitsbilder kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dafs im alten Testamente nicht nur keine direkten Hindeutungen, sondern auch keine entfernten Winke daraufhin vorhanden sind, dafs in der biblischen Zeit die Elephantiasis Graecorum bekannt gewesen. Objektive Prüfung führt ihn zu folgender nosologischen Begriffsbestimmung der Zaraath: Dieselbe umfafst zwei verschiedene Krankheitsformen, die Vitiligo (Pjess'j) und den Herpes tonsurans. Fragt man sich nun, weshalb gerade solche, an sich gefahrlose Krankheiten — selbst die Kontagiosität des Herpes tonsurans dürfte kaum bekannt gewesen sein — als unreine galten, welche die Ausweisung aus der Gesellschaft zur Folge hatten, so mufs man sich auf den Standpunkt der damaligen Zeit zu stellen suchen. „Das Altertum will aus sich selbst erklärt sein und so auch das biblische (Sommer). Der Begriff „unrein" deckte sich nicht mit dem heutigen Begriff des Unreinen, der eigentlich so viel sagt, wie ansteckend, für die Gesellschaft gefährlich; er kennzeichnete nur eine göttliche Brandmarkung. Der Zaraath war durchaus keine nur den Juden eigentümliche Krankheit; sie wird in der Mischnah auch nicht als übertragbar bezeichnet; die legalen Verordnungen über Zaraath bezogen sich einzig und allein auf die das mosaische Gesetz bekennenden Juden. Wenn dieselbe also als unrein galt, so ist das nur vom theokratischen Gesichtspunkte aus aufzufassen.

Die klar geschriebene Arbeit ist von der Verlagsbuchhandlung durchaus würdig ausgestattet und enthält zwei vorzügliche Lichtdrucktafeln.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Influenza-Epidemie in Ägypten im Winter 1889/90, nach gesammelten ärztlichen u. a. Berichten, nebst einem Anhang über die Influenza-Epidemie ebendaselbst im Winter 1891/92, von Franz Engel Bey, Chef der Sanitätsstatistik in Ägypten. (Julius Springer, Berlin 1893.) Aus dem ausführlichen, an statistischen Daten reichen Bericht über die Influenza-Epidemien, welche im Winter 1889/90 und 1890/91 Ägypten heimsuchte, seien hier nur die für unseren Leserkreis interessanten Daten wiedergegeben: Hautaffektionen wurden häufig beobachtet, doch sehr verschieden in Zahl und Form; sie werden bezeichnet als scharlachähnliches Erythem, masernähnlicher, papulöser, fleckiger Ausschlag, einmal als roseolaförmig. Die Ausdehnung wird meistens nicht angegeben, aber oft die Lokalisierung im Gesicht erwähnt. Ein Kollege sah unter 65 Fällen von Influenza einmal ein über den ganzen Körper ausgedehntes Exanthem. Herpes labialis wird von zwei Ärzten angegeben, und der Verfasser sah selbst einen solchen bei einem Kinde gleichzeitig mit einem solchen des linken Zeigefingers, dessen Bläschen sich nach und nach mit Eiter füllten und in eine konfluierende und schwer heilende Ulceration ausliefen. Distinkte Ausschläge sind immerhin ziemlich selten; ein Kollege sah unter 250 Fällen drei Erytheme, andere unter Hunderten von Fällen keinerlei Hautaffektion. Über Schweiße, die in Europa häufig gemeldet wurden, ist nichts Nennenswertes berichtet.

Das uropoetische System war während der ersten Epidemie wenig beteiligt; seltene Blasenkatarrhe, vorübergehende Albuminurie sind nur beobachtet. Ganz anders war es aber bei der zweiten Epidemie; hier war es gerade die Beteiligung der Nieren, welche dieselbe charakterisierte und 2—3% der Todesursachen bedingte. Die Nephritis mit oder ohne Urämie komplizierte relativ oft das Leiden, 3—4 mal so häufig, als bei der Influenza in Deutschland. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte, herausgegeben von Fr. Merkel und B. Bonnet. I. Bd. 1891. Mit 47 Abbildungen im Text. (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1892.)

In diesem groſs angelegten, vorzüglich ausgestatteten Werke werden kritische Jahresberichte über alle Arbeiten auf dem Gebiete der Anatomie und Entwickelungsgeschichte gegeben. Dabei ist der Stoff aber so angeordnet, daſs die Berichte über die einzelnen Fragen im Zusammenhange uns vorliegen, und wir also ein klares Übersichtsbild, nicht eine einfache Aneinanderreihung von Kritiken besitzen. Es ist auf diese Weise möglich, in anregender Weise die Fortschritte der Wissenschaften zu verfolgen. Dieses dankenswerte Unternehmen verdiente auf allen Gebieten Nachahmung. — Da die meisten Arbeiten in diesen Blättern, soweit sie den Leserkreis derselben direkt angehen, schon berichtet sind, bleibt mir nur übrig, eine kleine Nachlese zu halten.

Aus der Anatomie des Urogenitalapparates hebe ich hier nur die Arbeit von A. Lode (Untersuchungen über die Zahlen- und Regenerationsverhältnisse der Spermatozoiden bei Hund und Menschen. *Pflüg. Arch.* Bd. 50) hervor. Der Autor benutzte den Thomaschen Blutkörperchenzählapparat und fand folgendes: Bei an mehreren Tagen ausgeführten Samenentziehungen sinkt die Menge der Spermatozoen stetig; erfolgen dieselben innerhalb weniger Stunden, dann ist schon die vierte Ejakulation vollkommen spermatozoenfrei. Die Menge der Spermatozoen beträgt als Mittelzahl 61 795 im Kubikcentimeter und 55 778 000 im gesamten Ejakulatat. Sexuelle Reize steigern die Produktion bedeutend, auf das Fünf- bis Achtfache. Die nötige Reproduktionsdauer beträgt beim Hunde 3—4 Tage. Beim Menschen ist

der Mittelwert im Kubikcentimeter fast derselbe, die Gesamtmenge viermal so grofs. – Eine Hypertrophie des restierenden Hodens nach der Kastration findet nicht statt. Die Menge der Spermatozoen sinkt beim Hunde nach der Kastration auf 22 229 680. — Während bei Pflanzen 81mal mehr Pollenkörner gebildet werden, als zur Befruchtung sämtlicher Eichen einer Blüte notwendig ist, kommen beim Menschen auf ein entwickeltes Eichen eines geplatzten Graafschen Follikels 8 484 637 500 Spermatozoen.

Von den auf die Frage der Pigmentbildung bezüglichen Arbeiten sei nur erwähnt diejenige von A. Rieke (Über die Formen und die Entwickelung der Pigmentzellen der Choroidea. *Gräf. Arch. f. Ophthalm.* Bd. 37. I. Abt. S. 82), in welcher nachgewiesen wird, dafs das Pigment in der Choroidea selbst gebildet wird und nicht ihr erst pigmentbeladene Wanderzellen zugeführt werden. Auch die Blutgefäfse üben keinen bestimmenden Einfluſs aus. Die Pigmentzellen sind vielleicht kontraktil, wodurch einerseits die mannigfaltigen Formen, andererseits die oft zu findenden isolierten, pigmentierten Ausläufer ihren Zusammenhang mit der Mutterzelle verloren haben.

A. Thomson (Note on the Skin and Skalp of the Negro-Foetus. *Journ. of anat. and physiol.* Vol. XXV. N. S., Vol. V. P. II, S. 282) zeigt, dafs beim Foetus des Negers das Pigment in den tiefsten Schichten der Haarwurzelscheide nicht in Chromatophoren, sondern frei in den Retezellen liegt.

Die alte Streitfrage, ob Neger schwarz oder weifs geboren werden, beantwortet er wie Morison dahin, dafs das Pigment deutlich nachzuweisen sei.

Der Herausgeber, Fr. Merkel, betont, dafs der Streit darüber, ob die Chromatophoren von aufsen nach innen oder von innen nach aufsen wandern, kaum wird zu schlichten sein, da man sie ja auf der Wanderung nicht beobachten kann. Man wird deshalb die chemische Zusammensetzung des Pigments, seine Vorstufen, die Erscheinungen bei seinem Verschwinden studieren müssen; man mufs die Körnchen nicht wie etwa Tuschekörnchen ansehen, sondern im Zusammenhange mit dem ganzen Stoffwechsel betrachten. Mertsching und Maass haben dazu schon Schritte gethan; letzterer zeigte an Pigment an anderen Körperstellen, dafs es zum Teil vom Blut, zum Teil vom Fett herstammt.

Eine Arbeit über die Hautdrüsen ist hervorzuheben: Oscar Seeck (Über die Hautdrüsen einiger Amphibien. Inaug.-Dissert., Dorpat) beschäftigte sich mit den unter dem Epithel liegenden Spindelzellen. Viele halten diese für Muskelzellen, was, da diese Zellen bestimmt dem Ektoderm entstammen, ein Unikum wäre. Seeck sieht in ihnen Ersatzzellen für die bei der Sekretion zu Grunde gehenden Drüsenzellen.

Der Haarwechsel ist besonders von Garcia (Beiträge zur Kenntnis des Haarwechsels bei Embryonen und Neugeborenen. *Schwalbes Morph. Arbeiten.* Bd. I, Heft 2, S. 136) bearbeitet; er benutzte nur Müllersche Lösung, Alaunkarmin, Paraffineinbettung, Serienschnitte, keine Anilinfarben. Über die Abhebung des Haares von der Papille führt der Verfasser aus, dafs, wenn die produktive Thätigkeit der die Papillen deckenden Matrixzellen erlischt, sich auf dem Gipfel noch neue Elemente, die sich nicht mehr in Haarsubstanz verwandeln, sondern einen Cylinder bilden, der das Haar von der Papille abhebt. Die Zellen des Cylinders schrumpfen dann aber schliefslich; die weitere Vorschiebung des Haarkolbens geschieht durch Zellwucherung der äufseren Wurzelscheide; die innere ist schon früher als das Haar emporgestiegen. — Die Neubildung des jungen Haares geht von der Papille des alten Haares aus.

Das Verhältnis von Epidermis und Cutis studiert J. Löwy (Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut. *Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. 57, S. 159), der unter Blaschko arbeitete. Die durch Maceration in Säuren

erweichte Epidermis wird abgezogen und die Unterfläche derselben, wie die Oberfläche des Corium untersucht. Von den Resultaten ist bemerkenswert, dafs die Leisten und Papillen der Haut über den ganzen Körper den gleichen Verlauf haben, wie die Bindegewebsfaser, also auch der Spaltbarkeitsrichtung entspricht. Nur an den Lippen ist das umgekehrte Verhältnis vorhanden. Die Gründe hierfür sind unklar.

Die auf der Fingerbeere sichtbaren, durch die Papillen bedingten Leisten behandelt Galton (The patterns in thumb and finger marks; on their arrangement into naturally distinct classes, the permanence of the papillary ridges that make them and the resemblance of their classes to ordinary genera. *Proceed. of the royal Soc.* Vol. XLVIII, S. 455). Über dem letzten Phalanxgelenk verlaufen sie quer; an der Spitze machen sie parallel dem Nagelrand Bogen; zwischen beiden Systemen laufen gekrümmte Züge. Die Zeichnung ist sehr beständig.

J. C. Webster (The nerve-endings in the Labia minora and Clitoris with special reference to the pathology of Pruritus vulvae. *The Edinb. med. Journ.* Juli. No. 177. S. 35) bringt über die Tastnervenendigungen wenig Neues.

Pianese (La natura della clava centrale e le diverse forme di terminazione della fibra nervosa ne' corpuscoli Pacini-Vater del mesentere del gatto ricercate con l'injezione nell' animale vivente della soluzione di bleu die metilene. *Giorn. internaz. d. science mediche* 1890. N. Ser. T. XII. S. 911) benutzte zum Studium der Vater-Pacinischen Körperchen namentlich am Katzenmesenterium besonders die Ehrlichsche Methylenblaumethode. In Hydrocelenflüssigkeit gelöstes Methylenblau wird den Tieren injiciert. Der Achsencylinder ist längsstreifig, leicht abgeplattet, löst sich in knopfförmig endende Fibrillen auf, ist doppelt konturiert. Der aus granulierter Substanz bestehende Innenkolben ist eine direkte Fortsetzung der Markscheide; er ist umgeben von der Schwannschen Scheide.

A. S. Dogiel (Die Nervenendigungen in Tastkörperchen. *Arch. f. Anat. u. Physiol.* Anat. Abt. 1891. II. u. III. Heft, S. 182) untersucht die Vater-Pacinischen Körperchen am Entenschnabel und will nicht zugeben, dafs die Zellen derselben in unmittelbarem Zusammenhang mit den Nerven, resp. den Nervenendscheiden stehen. Fr. Merkel hält dem gegenüber aufrecht, dafs die Tastkörperchenzellen die eigentlichen Endorgane sind; sie verhalten sich wie die Zellen anderer Sinnesorgane, entstammen auch dem äufseren Keimblatt und erhalten durch den Zusammentritt mit Nerven ihre abweichende Gestalt und Struktur. Merkel warnt zugleich davor, auf die Methylenblaureaktion zu viel zu geben; est ist sehr wohl denkbar, dafs die entwickelungsgeschichtlich differenten Tastzellen und Achsencylinder sich verschieden gegen Reagentien verhalten. — Ob Achsencylinder und Zelle zusammenfliefsen oder verlöten, ist ebenso gleichgültig, wie es für die Wirkung elektrischer Apparate gleichgültig ist, ob die Drähte ununterbrochen oder durch Klemmschrauben verbunden sind.

W. R. Williams (Polymastism with special Reference to Mammae erraticae and the Development of Neoplasms from supernumerary mammary structures. *Journ. of anat. and physiol.* Vol. XXV, N. S, Vol. V. P. II, S. 225) giebt eine Monographie über Polymastie. Die Zahl der Brustdrüsen unserer Voreltern war sieben, von denen drei oberhalb, drei unterhalb der jetzigen Mamma standen.

In einer zweiten Abhandlung (Mammary variations per defectum. *Journ. of anat. and physiol.* Vol. XXV. N. S., Vol. V. P. III., S. 304) bespricht Williams den Mangel an Brustdrüsen und Warzen, und zwar das sehr seltene Fehlen

beider, dann die rudimentäre Entwickelung der Drüsen, das häufigere Fehlen der Warzen (Athelia), die vorzeitige Involution. Mangelhafte Entwickelung der unterliegenden Brustmuskulatur begleitet mehrfach die Mifsbildungen der Mamma.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c) *Syphilis.*

Das Alter der Syphilis und Moses als Hygieniker, von J. T. Jelks. (*The Journ. of the amer. med. Assoc.* Bd. XXI. No. 4.) Eine Keilschrift aus den Zeiten des alten babylonischen Reiches, die im British Museum zu London aufbewahrt wird, erzählt, dafs Istan, die Göttin der sinnlichen Liebe, den Nimrod zur Sühne für eine ihr zugefügte Schmach mit einer qualvollen Krankheit bestrafte. Heilung suchend, kam dieser zu dem Gott der Unterwelt, der ihn mit den Worten im Lebensbrunnen baden liefs: „Der Mann, den Ihr hier sehet, hat seinen Leib bedeckt mit Knoten; Schuppen haben seine Haut verändert. Im Wasser wird sich die Haut des Körpers und auch die seiner Schamtheile erneuern, und er wird geheilt heimkehren.“ — Nach dem Verfasser kann kein Zweifel darüber obwalten, dafs es sich dabei um Syphilis handelte; es wäre das also die erste Kunde von derselben. Aus dem alten Testamente erwähnt der Verfasser zunächst, dafs Abraham bekanntlich der Hungersnot wegen mit seiner Gattin Sarah nach Aegypten zog.

Die grofsen Plagen, die Pharao und sein Haus erlitten, sollen eine Strafe dafür gewesen sein, dafs er im Verkehr mit Sarah eine venerische Krankheit acquirierte und auf seinen Hofstaat übertrug. Auch König Abimelech inficierte sich an Abrahams Weib und dann seine Frauen. Dafs dieses Leiden Syphilis war, wird dadurch bewiesen, dafs diese kinderlos blieben, ebenso wie Sarah erst in hohem Alter koncipierte. König David brachte bekanntlich einen seiner Feldherrn beiseite, um dessen Frau Both-Selon zu heiraten. Diese gebar ein Kind, das nach wenigen Tagen starb (hereditäre Lues!); er selbst war krank, denn er sagt: „Nichts ist mehr gesund an meinem Fleische, ich habe stinkende Wunden infolge meines Leichtsinns.“ — „Heile mich, o Herr, denn ich bin siech, und meine Knochen sind krank, und ich diene allen zum Spott.“ — „Das Licht meiner Augen ist nicht mehr bei mir, und meine Knochen trennen sich.“ — „Meine Freunde scheuen meine Plage, und die meinen Körper gesehen haben, laufen weg.“ Das soll alles deuten auf tertiäre Lues. — Salomon warnt vor Prostituierten: „Gehet ihnen nicht nahe, um nicht Euer Leben einer schrecklichen Zukunft auszusetzen, damit nicht Euer Fleisch und Eure Beine vergiftet werden durch einen Fehltritt; wer mit den Dirnen zu thun hat, wird unrein werden, denn Brand und Würmer werden an ihm nagen, und er wird als abschreckendes Beispiel dienen.“ — Als die Juden mit den Töchtern der Moabiter verkehrten, brach eine Seuche unter ihnen aus, was Moses veranlafste, kurzen Prozefs zu machen und alle Kranken, 24000 Männer, hinrichten zu lassen. Darauf zog er aber noch gegen die Moabiter zu Felde und, als er hörte, dafs die Hebräer die Männer getötet, die Frauen mitgebracht hatten, sprach er ungehalten: „Sind es nicht die Weiber, welche die Söhne Israels verführt haben? Sind sie nicht der Quell der Seuche, die uns betroffen hat? Darum tötet alle, die mit Männern verkehrt haben, die Jungfrauen lafst am

Leben!" Der Befehl wurde ausgeführt. — Dafs die Seuche „Baal Peoi" der heiligen Schrift Syphilis ist, hält der Verfasser für erwiesen; Lepra kann es nicht sein, da es immer heifst, dafs die Krankheit durch unreinen Beischlaf erworben ist. Auch hätte ein so guter Hygieniker, wie Moses, wegen leichterer Affektionen (Urethritis, Ulcera mollia) nicht so grausame Verordnungen erlassen. — In chinesischen Urkunden (aus dem Jahre 2700 v. Chr.) wird eine Krankheit erwähnt, die nur durch Mercur heilbar ist. Ja, an ausgegrabenen Knochen, die nach Sachverständigen als 6000 Jahre alt bezeichnet werden, sollen Auftreibungen und syphilitische Exostosen gefunden sein. Die Syphilis ist also ebenso alt, wie das Menschengeschlecht. (Diese interessanten Studien haben für den Verfasser das gute, dafs seine subjektiven Deutungen und Schlüsse nicht widerlegt werden können. Dafs sie absolut überzeugend sind, will er wohl selbst nicht glauben.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis und Ehe, Vortrag von L. Mannino. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle,* Fasc. II. 1893.) In Anbetracht der äufserst verhängnisvollen Folgen der syphilitischen Erkrankung für Individuum und Familie, sowie des Umstandes, dafs die Lues meist durch den Mann in die Familie eingeführt wird, verlangt Vortragender die Einführung gesetzlicher Bestimmungen, wonach keinem Individuum im floriden sekundären Stadium der Syphilis, sondern erst nach scrupulöser mehrjähriger spezifischer Kur, und nachdem die Manifestationen seit mindestens 10—12 Monaten gänzlich verschwunden, die Eheschliefsung gestattet werden soll. (Ob da nicht, wenigstens vom sanitären Standpunkte aus, ähnliche Bestimmungen mit demselben Rechte bei Tuberkulose ihre Indikation finden würden? D. Ref.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

C. Paul macht in der *Société de Thérapeutique* eine Mitteilung über **Abschwächung der Syphilis,** wobei zuweilen die Manifestationen der Affektion auf einen Schanker oder andere geringfügigere Erscheinungen beschränkt bleiben. So inficierten sich zwei von luetischen Weibern abstammende junge Leute syphilitisch, ohne dafs dieselben kongenital erkrankt waren. Die Affektion verlief unter ganz rudimentären Formen. P. fragt sich, ob die Erklärung dieses Vorkommnisses nicht in der väterlichen Lues zu suchen sei. Blondel bemerkt hierzu, dafs vielleicht die parasiticiden Eigenschaften des von Vater auf Sohn hereditär übertragenen Blutserums in Frage kommen. (*Progrès méd.* 1893. No. 30.) *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ist die Syphilis durch bestimmte uns bekannte Bakterien bedingt? von C. G. Currier. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* April 1894.) Verfasser berichtet kurz über seine ausgedehnten diesbezüglichen Untersuchungen, die er namentlich nach Lustgartens Vorschrift an verschiedentlichem syphilitischen Material ausgeführt hat, und kommt zu dem Resultate, dafs man zur Zeit keinen Anhalt dafür hat, irgend einen der bisher beobachteten Mikroorganismen als die unbestreitbare Ursache der Syphilis zu bezeichnen. *Philippi-Nieheim.*

Die Beziehungen der Lymphdrüsen zur Syphilis, von J. Zeissler. (*The North Amer. Pract.* März 1893.) Aus der Arbeit ist hervorzuheben, dafs der diagnostische Wert der Lymphdrüsenschwellungen bei Syphilis nach dem Verfasser oft zu hoch angeschlagen wird. Das Vorhandensein spricht ebensowenig für Lues, als das Fehlen dagegen. Dietrich fand bei 437 gesunden Personen 97 mal deutlich angeschwollene Drüsen, und zwar in 82% die Kubitaldrüsen, in 29% die Cervikal- und Supraklavikulardrüsen, in 73% die Ingunialdrüsen. (Jedem Praktiker wird es wohl klar sein, dafs der positive Befund wenig beweist; vergröfserte Drüsen kommen ohne Lues gar zu häufig vor. Dagegen ist der negative Befund eher von Wert, da Luetiker mit normal grofsen Drüsen doch selten sind. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die ungewöhnlicheren Haftstellen der Syphilis, von PETER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 30.) Verfasser hat im Jahre 1892 auf der LASSARschen Poliklinik 24 Fälle beobachtet, in denen die primäre Ansteckung nicht durch den Coitus erfolgte, sondern zwei mal im Munde durch perverse Sexualbefriedigung, alle anderen teils durch Küssen, teils durch Rasieren etc. Besonderes Interesse scheinen die Intialaffekte bei Kindern darzubieten, da gerade diese leicht übersehen und mit anderen Affektionen verwechselt werden können. Solche Kinder kommen dann später mit Erscheinungen von Spätsyphilis zur Beobachtung und werden dann unter der Rubrik Lues hereditaria tarda geführt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der atypisch verlaufenden Syphilis, von J. RABITSCH - Neapel. (*Wien. med. Wochensch.* 1893. No. 31.) Fall I: Der Patient, der mehrere Blennorrhoen gehabt hatte, bekam 1871 ein Geschwür an der Lamina praeputii interna lateris dextri mit dem Charakter des Ulcus molle; Ätzung mit 20%iger Kupfervitriollösung, Heilung in 10 Tagen; nach 6—7 Wochen weder Induration noch Drüsenschwellungen. 1886 zeigte eine Tochter desselben, 14 Jahre alt, in der Mitte des weichen Gaumens eine ca. 20 mm im Durchmesser haltende, gerötete, teigige Geschwulst, ein Sohn, 15 Jahre alt, an derselben Stelle eine 12 mm im Durchmesser haltende Perforation. Heilung durch Quecksilberkur. Resumé: Weiches Geschwür, latente Syphilis des Vaters; bis zur Pubertät latente Syphilis der Kinder. Fall II: Bei einem 30 Jahre alten verheirateten Patienten nach einem extramatrimonialen Coitus drei als Plaques muqueuses charakterierte Gebilde an dem inneren Präputialblatt. Die Frau desselben zeigte sechs Wochen nach einem vor der Konsultation ausgeführten Coitus eine knorpelhafte Sklerose mit starker Infiltration am Labium majus. Sie war im fünften Monate schwanger. Sechs Wochen später trat umschriebene Rötung der Gaumenbögen auf. Emplastrum Hydrargyri und Jodkalium. Das Kind kam gesund zur Welt, soll im sechsten Monat einen fleckigen Ausschlag gehabt haben. Elf Monate alt zeigte es am Ostium urethrae externum und am Gesäfse knorpelharte Knoten, die wie Sklerosen aussahen, und ein makulo-papulöses Syphilid. Heilung durch Quecksilberkur. Resumé: Initialaffekt, multiple Papeln beim Manne. Mutter, im fünften Schwangerschaftsmonat vom Manne inficiert, überträgt die Syphilis auf das Kind, welches im sechsten Monate Roseola, im elften Papeln und Gummata zeigte. (Beim ersten Fall ist es nicht ausgeschlossen, dafs der Vater nicht auch einmal ein Ulcus durum gehabt hat. Beim zweiten ist die Möglichkeit, dafs das Kind nach der Geburt erst inficiert ist, sicher vorhanden. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von labialem Schanker bei Cigarrenarbeiterinnen, von W. S. GOTTHEIL. (*Med. News.* 15. August 1893.) Kurzer Bericht über zwei weitere Fälle (vgl. *diese Zeitschrift* Bd. XV. S. 463) von ausgeprägten syphilitischen Symptomen des Mundes und des übrigen Körpers bei zwei Arbeiterinnen in einer Cigarrenfabrik. Dieselben setzten trotz der Bemühungen des Verfassers keinen Tag ihre Arbeit aus, fuhren vielmehr nach wie vor fort, die Cigarren in der üblichen Weise (Abbeifsen der Enden und Festkleben mit Speichel) anzufertigen. Wie Verfasser hervorhebt, wäre es wirklich Zeit, dafs einem solchen Unfug endlich energisch entgegengetreten werde. *Philippi-Nieheim i. W.*

Ein Fall von syphilitischem Initialaffekt auf der vorderen Bauchwand, von J. SCHNABEL. (*Münch. med. Woch.* 1893. No. 33.) Ein 18jähriger Geschäftsreisender stammt aus gesunder Familie, hatte nur vor Jahren eine bald heilende Gonorrhoe. Seit Anfang Februar bestand unterhalb des Nabels, median gelegen, eine nässende Stelle, die sich in ein Geschwür umwandelte, das trotz vielfacher Be-

handlung nur vorübergehend zur Vernarbung neigte. Als der Patient Mitte März in die Behandlung des Verfassers kam, war das Geschwür thalergroſs, flach, Ränder und Grund mäſsig infiltriert, eine schmerzlose, angeschwollene Drüse in der rechten Leistengegend. Die braunrote Färbung des Randes legte die Vermutung, daſs es sich um Lues handele, nahe, trotzdem die eigentliche Sklerose fehlte. Ende März stellte sich das Exanthem ein. Dr. PRITZI, der den Patienten weiter behandelte, vermutete eine Infektion des Kranken durch den Lapisstift, mit dem der erste Arzt die nässende Stelle touchiert hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die syphilitische Ansteckung bei den Ammen des Hospiz der „Enfants assistés“, von P. RAYMOND. (*Progrès méd.* 1893. No. 31). Man hatte die Erfahrung gemacht, daſs trotz der peinlichsten Untersuchung der Säuglinge vor ihrer Übergabe an die Ammen diese dennoch sehr häufig syphilitisch inficiert wurden, indem die hereditäre Lues bei den Kindern erst später manifest wurde. Wohl fand eine ärztliche Untersuchung der Säuglinge auch späterhin, jedoch nur einmal monatlich statt. Als nun im April 1890 ein neues Reglement in Kraft trat, wonach die bei den Ammen verteilten Kinder während der ersten zwei Monate einmal wöchentlich untersucht werden sollten, fiel plötzlich der Prozentsatz der syphilitischen Erkrankungen unter den Ammen beträchtlich, da auf diese Weise die ersten Erscheinungen einer occulten Lues viel früher zur Beobachtung gelangen konnten. Da sich jedoch der Zeitpunkt des Auftretens hereditär syphilitischer Symptome über den zweiten Lebensmonat erstrecken kann, wurde beantragt, die Untersuchungen bis zum vierten Monat auszudehnen. Verfasser bedauert nun lebhaft, daſs aus finanziellen Gründen dieser Antrag nicht angenommen und durch die Bestimmung ersetzt wurde, daſs zwar die ärztlichen Besuche bis zum vierten Monat, jedoch nur alle zehn Tage vorgenommen werden sollten.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Sekundäre Larynxsyphilis, von GOUGUENHEIM. (*Union méd.* 1892. No. 90). Die sekundäre Syphilis des Larynx kann allein oder mit derjenigen der Haut auftreten. Unter 140 Syphilitikern im sekundären Stadium war 50 mal Laryngitis vorhanden; in der Hälfte der Fälle war Katarrh des ganzen Larynx mit oder ohne Verdickung der Schleimhaut vorhanden, bei den übrigen war der Larynx nur partiell erkrankt. Die Epiglottis war 37 mal mit anderen Teilen, 13 mal allein betroffen; die Chordae 13 mal allein. Die Regio arytaenoidea war 7 mal krank, niemals allein, meist zusammen mit der Epiglottis oder den aryepiglottischen Falten. Die Erkrankung entwickelt sich gewöhnlich gleichzeitig mit den Erscheinungen im Munde und Schlunde. Am Rande der Epiglottis entstehen lebhafte Rötung, Schwellung, Risse, kleine Geschwüre, die konfluieren; Plaques der aryepiglottischen Falten und des Zungengrundes erschweren oft das Schlucken. Bei Erkrankung weiterer Teile entstehen Heiserkeit, Atembeschwerden; Papeln können auf der Epiglottis, der Regio arytaenoidea, den Chordae inferiores sich finden. Die Erkennung ist leicht, die Abgrenzung von Tuberkulose zuweilen nötig. Antiluetische Behandlung; örtlich Höllensteinlösungen; Gurgeln mit Kalium chloricum; Vermeiden von Tabak und Alkohol. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis renalis praecox, von DARIER und HUDELO-Paris. (*La méd. mod.* 22. Juli 1893.) In der „Société francaise de Dermatol. et Syphiligraphie“ zu Paris berichten die Verfasser über einen Mann, der, seit sieben Monaten an Syphilis leidend, in die Klinik von FOURNIER mit allgemeinen Ödemen, intensiver Dyspnoe, Cephalagie etc. aufgenommen wurde. Harn trübe, abundant, 1,15% Eiweiſs enthaltend, Galoppgeräusch am Herzen, reichlicher Flüssigkeitserguſs in beiden Pleuren, Syphilide im Munde und an der Zunge. Diese Erscheinungen begannen vier Monate nach der Infektion. Tod mehrere Monate später. In den Nieren fand sich eine ausgesprochene Sklerose, eine

kapsuläre Glomerulitis, körnige Entartung der Harnkanälchen. Epithelien, Gefäfse gesund. Verfasser nehmen nun als Ursache der Nephritis die Syphilis an, die also nicht nur die parenchymatöse Form bewirken kann. Fournier schliefst aus diesen und ähnlichen Beobachtungen: 1. Die Nierensyphilis kann sehr frühzeitig auftreten, bald nach dem Beginne der allgemeinen Syphilis. 2. Es handelt sich in diesem Falle um eine vulgäre, infektiöse Nephritis, ausgenommen wo es sich um Gummata handelt. 3. Die auf Syphilis beruhende Nephritis giebt trotz energischer spezifischer Behandlung eine ernste Prognose.

(Der Umstand, dafs keine andere Ursache bekannt ist, berechtigt durchaus nicht die Nephritis auf die Syphilis zurückzuführen; nicht immer ist die Ursache der Nephritis eruierbar. Kann dieselbe nicht schon vor der Syphilis bestanden haben? Dafs keine subjektiven Symptome da waren, spricht nicht dagegen. Der Fall beweist weiter nichts, als dafs die Syphilis den Ausbruch einer Nephritis, resp. das Fortschreiten derselben nicht verhindert. Die Auffassung ist auch für die Therapie sehr wichtig, denn es ist sehr fraglich, ob die spezifische Therapie in diesem Falle nicht geradezu verderblich war, und nicht durch Bäder, Schwitzen etc. unter Ausschlufs des Quecksilbers Heilung eingetreten wäre. Nicht alles, was während einer bestehenden Syphilis auftritt, ist auch durch diese bedingt. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Von den Arbeiten aus der medizinischen Klinik zu Leipzig 1893, (Leipzig, F. C. W. Vogel), welche von Curschmann anläfslich der Vollendung des neuen Universitätsinstituts herausgegeben wurden, interessiert uns:

Herzsyphilis, von Curschmann. Die Diagnose ist schwer zu stellen, meist nur bei anamnestisch sichergestellter Lues, oder aus dem Erfolge der Therapie. Verfasser berichtet über drei Fälle. Ein 43jähriger Mann mit sichergestellter Lues erkrankte mit derber Leberschwellung, Icterus, Milzschwellung, leichtem Ascites; dazu gesellten sich bald Symptome von kardialem Asthma. Die auf Hepatitis interstitialis und Herzlues gestellte Diagnose fand ihre Bestätigung in der Therapie; intensive Schmierkur führte nach drei Monaten Heilung herbei. In den beiden anderen Fällen traten frische Knochenaffektionen syphilitischen Ursprungs zugleich mit schweren Herzstörungen auf, im einen Gummata am Schädel, im andern am Radius und Manubrium sterni. Sie heilten unter Unktionen in Verbindung mit Jodgaben.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herzsyphilis, von Kockel. Verfasser hat zwei Fälle mikroskopisch untersucht. Der eine starb an sichergestellter Lues mit Herzaffektion, der andere unter den Erscheinungen starker Dyspnoë und Cyanose. Die Sektion ergab schwielige Myocarditis, im Herzfleisch des linken Ventrikels ein erbsengrofses Gumma. Mikroskopisch zahlreiche, allmählich in die Muskulatur übergehende bindegewebige Herde. Das Gumma zeigte im Zentrum Verkäsung, in der Peripherie junges Bindegewebe; in beiden Teilen zahlreiche Riesenzellen.

Im zweiten, klinisch nicht beobachteten Falle ergab die Sektion einen endarteriitischen Knoten im Ramus descendens der linken Coronaria mit wandständigem Thrombus. Intima stark verdickt; das Zentrum des Herdes besteht aus feinscholligen Massen, ohne Kernanhäufung. Ein dem Knoten aufsitzender Propf kann durch Thrombose entstanden sein oder aus dem linken Herzen stammen. *F. Hahn-Bremen.*

Über die syphilitischen Affektionen des Gehörorganes, von Prof. Jul. Bocke. (*Wien. med. Ztg.* 1893. No. 2.) Verfasser ermahnt, besonders bei Labyrintherkrankungen an frühere Syphilis zu denken und deren Reste zu beachten. Im weiteren bespricht Verfasser die seltenen Kondylome des äufseren Gehörorganes und die kraterförmigen Geschwüre an der Muschel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Boulengier berichtet (*Presse méd. belge* 1893. No. 31) über mehrere Fälle von **Angina pseudo-membranacea non diphtheritica im Verlaufe von sekundärer Syphilis** und betont die Wichtigkeit der Erkennung des Grundleidens für die Therapie.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Ein Fall von Lungensyphilis mit Autopsie, von A. Abrams. (*Occid. med. Times.* Juli 1893.) Ein 22jähriger Mann kam wegen hartnäckigen Hustens und Abmagerung in ärztliche Behandlung. Es fand sich ein Verdichtungsherd in der linken Spitze, sowie bronchitische Erscheinungen auf dem rechten Mittel- und Unterlappen. Mehrfach wiederholte Untersuchungen auf Tuberkelbacillen ergaben ein negatives Resultat. Auswurf schleimig-eiterig; derselbe wurde kurz vor dem Tode des Kranken sehr profus, Folge von Durchbruch einer vereiterten Bronchialdrüse in einen Bronchus. Da Patient einige Monate vor der Erkrankung einen Schanker nebst mäfsigen Sekundärerscheinungen gehabt hatte, wurde eine Inunktionskur versucht. Die Autopsie ergab Erweichungsherde in der Lunge, Pleuritis, geschwollene und auch erweiterte Bronchialdrüsen, aber nichts, was durchaus für Lues pathognomonisch gewesen wäre. A. hält aber die Lungensyphilis für entschieden häufiger, als im allgemeinen angenommen wird.

Philippi-Nieheim.

Zur Kasuistik der irritativen Neuritis syphilitica peripherica, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1893. No. 33.) Recente luetische Erkrankungen peripherer Nerven, speziell der spinalen, sind selten und gelangen noch seltener zur Obduktion. Neuralgien, Hyperästhesien, Parästhesien, Anästhesien, isolierte Lähmungen und Atrophien sind bei Syphilis beobachtet; besonders hervorzuheben sind die Ischiasfälle von Charcot, die Analgesie syphilitique secondaire, die Trigeminusneuralgien. Die Litteratur isolierter Erkrankungen spinaler Nerven bei Lues ist eine spärliche. Schultz berichtet 1883 im *Arch. f. klin. Med.*: 31jähriger Patient, Roseola syphilitica, ausstrahlende Schmerzen in der linken Hand, Kribbeln in den Fingerspitzen; Arm und Schulter links etwas atrophisch, kühler; Heben der Hand, Abduktion des Arms unmöglich; Sensibilität wenig herabgesetzt; Plexus brachialis, N. accessorius und N. ulnaris druckempfindlich; Heilung durch Galvanisation und Sublimatinjektionen. Rumpf berichtet 1887: 54 Jahre alter Patient, vor fünf Jahren ulceröses Syphilid, Ischias, Parese des linken Beines, Schmerzhaftigkeit des Ischiadicus auf Druck; Herabsetzung der Erregbarkeit; Sehnenreflexe erhalten; Schmierkur; Heilung. Die luetische Neuritis im recenten Stadium zeigt die irritative, die späterer die neoplastische, gummöse Form. Erstere zeigten zwei Fälle des Verfassers. Hervorzuheben ist das Fehlen der Entartungsreaktion bei der irritativen Neuritis im Gegensatz zu den Spätformen. Erster Fall: 38jähriger Kutscher zeigte Sklerose, Kondylome, universelle Syphilide, akute Nephritis; letztere schwand auf Jodkalium, das übrige auf lokale Merkuranwendung. 4½ Monate später periostale Anschwellung am Malleolus externus tibiae, am Os cuboideum und am ersten Interphalangealgelenk des linken Armes; Ameisenlaufen und Kribbeln an der Ulnarseite des linken Armes; Ulnaris, Brachialplexus, Medianus auf Druck empfindlich, nicht der radialis; M. M. interossei, Abductor, Flexor digiti minimi, Adductor und Opponens pollicis atrophisch, also beide vom Ulnaris und Medianus versorgte Ballen. Hyperalgesie der ulnaren Seite des Vorderarmes, in dem ganzen hyperalgetischen Gebiete entsteht nach jedem Stich eine Quaddel; Berührung mit Eis an denselben Stellen sehr empfindlich; galvanische Erregbarkeit herabgesetzt, faradische intakt, keine Entartungsreaktion; Reflexe erhalten. Nach Jodkalium, Galvanisation, Badener Schwefelthermen tritt nach langer Zeit Heilung ein; nur die Interossei bleiben atrophisch. — Zweiter Fall: 32 Jahre alter Kaufmann Ende 1887 inficiert; Quecksilberanwendung erst nach eintretender Iritis. Schmerzen im rechten Oberschenkel werden bis Ende 1888 als Rheumatismus

behandelt, dann auffallende Schwäche des Beines, später Anschwellung des Knies am anderen Beine, auffallende Trübung des Urins durch Phosphate. Der Vastus externus und internus links atrophisch, der N. peroneus an der Umschlagsstelle druckempfindlich, Perineuritis desselben; im Gebiete des Peroneus leichte Hyperalgesie, in dem des Cruralis eine anästhetische und eine analgetische Zone über dem Kniegelenk; Blasenfunktion gestört; Durchtritt der Faeces nicht gespürt, da 4 cm im Umkreis die Haut und Schleimhaut am Anus anästhetisch und analgetisch war; Reflexe erhalten; Analgesie. Auf Jodkalium schwand die Gonitis; nach 35 Inunktionen trat ein schweres Erythema toxicum bullosum auf; nach Ol. cinereum-Lang Besserung des Blasenleidens und wieder ein, wenn auch leichteres bullöses Erythem; dieses blieb aus bei interner Darreichung von Hydrarg. oxydul. tann. Heilung bis auf spurweise noch vorhandene Atrophien als Folge der Neuritis. Die Perineuritis repariert sich stets vollständig. Folgende Symptome, nach ihrer Wichtigkeit geordnet, sprechen für luetische Neuritis:

1. Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Schwellung derselben;
2. Sensibilitätsstörungen;
3. Atrophie der Muskeln mit entsprechender Herabsetzung der Muskelkraft; keine Lähmungen;
4. Herabgesetzte galvanische, normale faradische Erregbarkeit, Enartungsreaktion nur bei gummösen Formen.
5. Reflexe intakt oder erhöht.

Ausschliefsung der Mitbeteiligung des Rückenmarks ist natürlich nicht immer möglich, Beteiligung der Blase und des Mastdarms spricht dafür, aber nicht mit Sicherheit; es kann sich auch um eine periphere Erkrankung des Plexus hypogastricus handeln. Von vasomotorischen Störungen ist die leichte Quaddelbildung im Gebiete der erkrankten Nerven hervorzuheben; auch das Erythema toxicum bullosum im zweiten Fall ist vielleicht als Folge eines labilen Zustandes der Vasomotoren aufzufassen. — Als Nachtrag berichtet Verfasser kurz über zwei weitere, hierher gehörige Beobachtungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Periphere Neuritis syphilitischen Ursprungs, von FORDYCE. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1891. S. 174.) Ein junger Mann, der syphilitisch infiziert war und bis dahin mit interner Darreichung von Sublimat behandelt war, bekam 4 Monate nach der Infektion eine komplete Parese des linken Facialis, die nach 10 Tagen unter derselben Behandlung zurückging. Da eine Periostose an der Clavicula bestand, nimmt Verfasser eine ähnliche Schwellung im Fallopischen Kanal an. (F. macht selbst darauf aufmerksam, dafs die Natur der Affektion nicht mit Sicherheit festzustellen sei; sollte nicht die Periostitis allein zur Erklärung der Parese genügen? Ref.) Besser ist der zweite Fall: Ein 40jähriger Mann fühlte zur Zeit des Exanthemausbruches lancinierende Schmerzen in den Beinen und konnte nicht mehr gehen. Die Muskeln waren aufserordentlich empfindlich, atrophierten, keine Rectum- oder Blasenstörungen; Patellarreflexe fehlten. Elektrische Untersuchung ergab Verlust der Nervenerregbarkeit und partielle Entartungsreaktion in den Muskeln. Die Behandlung führte unter Darreichung von Jodkalium und Unktionen, zusammen mit Elektricität und Massage, zur Herstellung.

Derartige Fälle von peripherer Neuritis sind selten, können aber im Früh- und Spätstadium der Syphilis vorkommen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von syphilitischem Pemphigus bei einem Kinde, von E. KNIGHT, (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1893.) Eine syphilitische Frau, die schon einmal abortiert hatte, wurde von einem syphilitischen Kinde entbunden, das an Händen und Füfsen Pemphigusblasen hatte. Verfasser war erstaunt über diese Thatsache, da nach

Hutchinson Pemphigus angeboren selten ist. Bemerkenswert ist der günstige Verlauf des Falles. *F. Hahn-Bremen.*

Die Hämochromometrie im Verlaufe und bei der Behandlung der Syphilis, von C. Falcone. (*Rif. med.* 1893. No. 139.) Verfasser verweist auf die Untersuchungen von Semmola und Gagoli, welche in der Blutbeschaffenheit der Syphilitiker bezüglich ihres Gehaltes an roten und farblosen Blutkörperchen einen sehr wertvollen Anhaltspunkt liefern für die Feststellung der Diagnose der Affektion, sowie zum Nachweis der Hg-Wirkung und die Fixierung des Zeitpunktes, wann mit der Hg-Therapie aufgehört werden soll, indem von einem gewissen Momente an das Blut dyskrasische Beschaffenheit annimmt. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Kombination der Quecksilberbehandlung bei Behandlung der Syphilis, von Lichtenstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1892. No. 85.) Verfasser bricht eine Lanze für das Salicylquecksilber, das aus der Leichtensternschen Klinik eine abfällige Kritik erfahren hat; es ist da von Nutzen, wo man Erscheinungen gern schnell zurückgehen lassen will, wie bei verheirateten Leuten. Um der Behandlung eine gröfsere Stabilität zu verleihen und Recidiven besser vorzubeugen, verfährt Verfasser so, dafs er zunächst in zwei Wochen 3 Injektionen à 0,1 Hg salicylicum macht und dann die Behandlung mit Kalomel- oder Oleum cinereum-Injektionen fortsetzt. Verfasser hat nach dieser Methode wenig Recidive gesehen und bittet um Nachprüfung derselben. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis und Dementia paralytica. (*Dominion Med. Monthly.* Juli 1893). Seitdem Folsom, Mendel, Hirt, Strümpell, Tuczik u. a. die Krankheit eingehend studiert haben, ist mehr Klarheit in die Ätiologie derselben gekommen. Fast alle Autoren stimmen darin überein, dafs die Dementia paralytica in ursächlichem Zusammenhange mit Syphilis stehe, da ein grofser Prozentsatz der Patienten früher an Syphilis gelitten habt. Die pathologische Anatomie scheint diesen Zusammenhang zu bestätigen. Bei Syphilis sowohl, wie bei der Dementia paralytica finden sich chronisch entzündliche Veränderungen in den Gefäfsen und in der Umgebung derselben. Osler hat die Dementia paralytica eine „chronische Meningoencephalitis" bezeichnet. Was die Therapie betrifft, so ist deshalb eine energische antiluetische Behandlung mit grofsen Gaben von Jodkalium, event. mit Quecksilbereinreibungen die zweckmäfsigste und erfolgreichste. *C. Berliner-Aachen.*

Syphilis und allgemeine Paralyse, von E. Régis. (*Archives cliniques de Bordeaux.* 1892. No. 8.) Die Syphilis ist nach Verfasser die wichtigste prädisponierende Ursache der allgemeinen progressiven Paralyse. Dafür spricht die Statistik, wie die Häufigkeit der Syphilis in der Anamnese. Land, Rasse, Geschlecht, gesellschaftliche Stellung, Beruf sind für diese Thatsache bedeutungslos. Verfasser hebt besonders eine Reihe von Fällen hervor, in denen die Paralyse bei jugendlichen, meistens hereditär-syphilitischen Individuen auftrat. Andere Beobachtungen lehrten, dafs Ehegatten, die einander luetisch inficiert hatten, beide an Paralyse zu Grunde gingen. Von grofsem Interesse sind Krankheitsgeschichten, in denen mehrere Personen, die von einem Individuum inficiert wurden, alle an Paralyse erkrankten. Pathologische Anatomie und Syphilis werden wohl diese Frage klären müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Acne, Comedo und Acne rosacea, von J. A. CANTRELL - Philadelphia. (*College and clin. Record.* März 1893.) Verfasser definiert zunächst die verschiedenen Formen der Acne und bespricht sodann die Behandlung, die nicht nur eine lokale sein mufs, sondern auch auf das Allgemeinbefinden, die ganze Lebensweise des Patienten sich erstrecken mufs. Alle ursächlichen, schädlichen Momente, sie mögen in der Beschäftigung, Bekleidung, in habitueller Obstipation, unregelmäfsigen Menses bei Frauen etc. bestehen, sind zu berücksichtigen und thunlichst zu beseitigen. Die lokale Behandlung ist je nach der Form der Acne einzurichten und hat je nach der Intensität und Chronicität des Falles mit milderen oder schärferen Mitteln zu arbeiten. Die Behandlung ist mit Konsequenz durch längere Zeit fortzusetzen.

Den Comedo behandelt C. mit den bekannten Mitteln und auch mit Elektrolyse, die ihm gute Resultate geliefert hat. *C. Berliner-Aachen.*

Klinische Beobachtungen und Analysis von 1000 Psoriasisfällen, von L. D. BULKLEY-New York. (*Maryland med. Journ.* 19. September 1891.) Allgemeine Bemerkungen zur Geschichte der Psoriasis leiten die Abhandlung ein.

Die 1000 Psoriasisfälle betragen etwa 4,2% aller in der Privatpraxis und poliklinischen Praxis des Verfassers behandelten Hautkrankheiten. Unter den gröfseren Städten des Ostens der Vereinigten Staaten stellt New York die gröfste, Baltimore die geringste Zahl der Psoriasiskranken. Häufiger Witterungswechsel, verbunden mit Feuchtigkeit der Luft, scheinen für das Entstehen, namentlich auch für das Recidivieren der Krankheit von Einfluſs zu sein. Die statistischen Daten, die der Verfasser in den verschiedenen Tabellen bringt, betreffen das Alter der Patienten zur Zeit der Behandlung, das Alter der Patienten beim Beginn der Krankheit, die Dauer der Psoriasis bei Beginn der Behandlung, die Dauer der Beobachtung der Psoriasiskranken.

Das zweite Kapitel der Abhandlung bespricht die Ätiologie, Prognose, Lokalisation, Komplikationen und die Therapie der Psoriasis. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Histologie der Psoriasis, von H. G. PIFFARD. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* April 1893.) Aus der Haut eines 45jährigen Mannes, der seit 15 Jahren mehr oder weniger stets an Psoriasis gelitten hatte, und bei dem circa neun Zehntel der Körperoberfläche erkrankt war, excidierte Verfasser einige Stückchen behufs mikroskopischer Untersuchung. Die Hauptveränderungen fanden sich am Stratum granulosum, welches enorm hypertrophiert war (stellenweise fünf Reihen von Zellen) und auch ein unregelmäfsiges Auswuchern der Elemente aufwies. Das Rete zeigte sich ebenfalls verdickt und enthielt an vielen Stellen degenerierte, vakuolenhaltige Zellen. Das Stratum corneum, sowie auch das lucidum waren durch die Abreibungen mit Bimsstein, welche Patient täglich zur Beseitigung der Schuppen vornahm, entfernt worden. Die anderen Hautgebilde waren im wesentlichen normal. Verfasser erinnert daran, dafs bei Molluscum contagiosum und bei der von SAVILL beschriebenen Londoner Ekzemepidemie das Stratum granulosum ebenfalls sich als Hautkrankheitssitz erwiesen hat. *Philippi-Nieheim.*

COFFIN (*Mercredi méd.* 1893. No. 27) modificiert je nach der Form in folgender Weise die **Behandlung der Psoriasis:**

1. Mittlerer Intensitätsgrad: Entfernung der Schuppen und Krusten mittelst wasserdichter Umschläge, Dampf, Öl, Schmierseife, alkalische Bäder; über Nacht Auftragen von Teer nach der Formel:

Glycérole d'amidon, Ol. cadini	aa 100,0
Sapon. viridis	5,0
(*Acid. salicylici*	3,0).

Am anderen Morgen Abwaschen mit warmem Wasser und Teerseife. Statt des Teers können eventuell die reizenderen Präparate Pyrogallol und Chrysarobin angewendet werden.

2. Verallgemeinerte, entzündliche Form: protrahierte Bäder (5—6 St.) zu 35° C.; Applikation schwacher Salben; zu den unter 1. angeführten darf nur mit Vorsicht gegriffen werden.

3. Circumskripte Formen: Permanente Auftragung von Emplâtre de Vigo.

4. Hartnäckige Formen: Aufbinden von mit Schmierseife bestrichenen Flanellstreifen, wenn die Schuppen unter der Anwendung von alkalischen Bädern nicht entfernt werden konnten. Ist dann die Psoriasis stationär geworden, so kommt nach dem Vorschlage Besniers folgende Salbe zur Anwendung, die jedoch nur in beschränktem Mafse appliciert werden darf:

Ichthyol, Acid. salicyl., Acid. pyrogall., Aristol	aa 2,5
Vaselin, Adipis, Lanol.	aa 30,0.

Die allgemeine Behandlung besteht 1. in passender Ernährung (Ausschlufs von Alkohol, Thee, Kaffee, Schweinefleisch etc.; Darreichung von alkalischen Getränken); 2. im innerlichen Gebrauche von Arsenik unter folgenden Beschränkungen:

1. Am Ende einer akuten Eruption, nicht aber in der akuten, entzündlichen Periode.

2. Es mufs Rücksicht genommen werden auf die Melanose und auf die gastrischen Störungen.

Das Wesentliche bei der Psoriasisbehandlung bleibt aber die äufserliche Kur; die innerliche Medikation soll erstere blofs unterstützen. (Nach *Rif. méd.* 1893. No. 170.)

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Vierzig Fälle von Psoriasis, behandelt mit Arsenik, von B. Merrill Ricketts. (*Journ. of the americ. med. Assoc.* April 1893.) Sämtliche 40 Fälle erhielten asiatische Pillen oder Lösungen von Acid. arsenic. Äufserlich wurde nur in den schwersten Fällen Ungt. hydrarg. praecipitati alb. gebraucht. Die Patienten wurden gesund und blieben länger von Recidiven verschont. Jede andere lokale Behandlung verwirft Verfasser auf das entschiedenste. (Es werden ihm hierin wohl wenige beistimmen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über einige infektiöse Erytheme, von Hutinel. (*Arch. gén. de méd.* September und Oktober 1892.) Bei manchen Infektionskrankheiten (Typhus, Diphtherie, Angina follicularis, in der Rekonvalescenz von Masern und Scharlach) beobachtet man den Ausbruch konfluierender und verbreiteter roter Flecke, ziemlich symmetrisch angeordnet, an Masern oder Scharlachexanthem, zuweilen an Purpura erinnernd. Diese Ausschläge treten unter Allgemeinerscheinungen auf, die tödlich enden können. Man findet bei der Autopsie Veränderungen der Organe und des Blutes, wie bei schweren Infektionskrankheiten; Kulturen des Blutes bleiben steril. Diese Ausschläge scheinen durch lösliche Bakterienprodukte zu entstehen, analog den toxischen Ausschlägen, z. B. nach Tuberkulininjektionen. Schuldig ist der durch Sekundärinfektion eingedrungene Streptococcus, der fast stets im Munde der Erkrankten zu finden ist. Hier finden sich auch meist Ulcerationen, die die Eingangspforte bilden. Diese Formen treten oft epidemisch in Spitälern auf; peinliche Sauberkeit ist die einzige Prophylaxe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Studie über die Trichophytie, speziell über die Folliculitis agminata des Menschen und deren Übertragung durch Tiere, von M. R. Sabouraud. (*Ann. de*

l'Instit. Pasteur. 1893.) S. untersuchte 16 Fälle von Kerion Celsi der Kinderköpfe, Sycosis barbae et Folliculitis agminata (Leloir). Er erbringt den Nachweis, dafs diese drei Affektionen durch einen empirischen Pilz hervorgerufen werden, welcher sich kulturell und morphologisch von allen bekannten Trichophytonpilzen scharf unterscheidet. Ätiologisch ist bemerkenswert, dafs die Patienten mit einer einzigen Ausnahme mit Pferden zu thun hatten. Einmal konnte S. auch direkt den Nachweis liefern, dafs der Patient sich von einem Pferde inficierte, welches eine durch denselben Pilz verursachte, dem Kerion Celsi des Menschen sehr ähnliche Affektion an Unterkiefer und Nüstern aufwies. Klinisch handelt es sich primär um eine Folliculitis und Perifolliculitis. Es kommt zu sehr heftiger Erkrankung mehrerer Gruppen von Follikeln: es entstehen über der gesunden Haut prominierende, scharf abgesetzte, stark entzündete, mit Krusten bedeckte, mamelonnierte Infiltrationen. Nach Abhebung der Krusten markieren sich die Follikelmündungen durch einen gelben Eiterknopf. Die Gröfse der einzelnen Plaques beträgt 1—2 cm Durchmesser. Meist sind mehrere Plaques, bis zu 7 auf einem Individuum, beobachtet. Der Sitz ist Kopfhaut, Bart, Handrücken und Dorsalfläche des Vorderarmes. Mikroskopisch ist von Wichtigkeit, dafs die zentralen Haare sich meist in toto aus dem vereiterten Follikel herausheben lassen, und dafs diese Haare keine Pilzelemente zu enthalten pflegen. Die Sporen finden sich in Flaumhaaren an den peripheren Partien der Plaque; dieselben sind sehr charakteristisch durch ihre Gröfse: 10—11 bis 15—18 μ Durchmesser und durch ihre Anordnung in Ketten in der Längsrichtung des Haares. Zur erfolgreichen Impfung kann man diese Haare verwenden, oder Blut, welches man durch Skarifikationen der Peripherie erhält, oder endlich den Eiter aus den zentralen, noch nicht eröffneten, perifollikulär sitzenden Abscessen. Wie Unna schon hervorgehoben hat, enthält dieser Eiter keine Staphylokokken und ist aufzufassen als chemotaktischer, durch das Gift des Trichophytonpilzes bedingter Eiter. Kulturen. Auf Agar-Bierwürze bilden sich weifse gipsartige Kolonien mit Randzone, in deren Zentrum nach ca. 14 Tagen sich ein büschelförmiges Luftmycel erhebt. Auf peptonisiertem Agar und auf Kartoffeln bilden sich nur weifse, bestäubt aussehende Pilzkolonien. Impfung war auf Meerschweinchen positiv, die Entzündung war eine sehr heftige, die gruppierte Follikelerkrankung unterschied sich von der beim Menschen nur dadurch, dafs die perifollikuläre Eiterung ausblieb. Rückimpfung ergab wieder denselben Pilz. Morphologisch ist derselbe charakterisiert dadurch, dafs 1. sich Trauben bilden, von welchen je eine Beere einer Spore entspricht; diese Trauben traten in ganz ungeheurer Zahl auf; 2. sich sehr grofse spindelförmige Früchte von 15 μ Breite und 50 μ Länge entwickeln, welche 2—8 quadratische, durch Querränder abgegrenzte Teilstücke enthalten; 3. Mycelfäden sich spiralig aufrinden, wodurch zuckerkantähnliche Gebilde entstehen. S. hat bis jetzt 19 scharf charakterisierte und niemals ineinander übergehende Arten von Pilzen isoliert, welche klinisch Herpes tonsurans zu erzeugen im stande sind. Da das Material an Trichophytie in Paris ein aufserordentlich grofses ist, so dürfen wir mit Recht mit grofsem Interesse den weiteren Arbeiten Sabourauds entgegensehen. (Wissenschaftlich sind diese Untersuchungen aufserordentlich wichtig, weil sie zeigen, dafs klinisch identische Krankheitsbilder durch verschiedene, wenn auch verwandte Pilzarten hervorgerufen werden, weil sie uns lehren werden, auch klinisch die verschiedenen Trichophytonformen voneinander zu trennen. Auch für die übrigen Hautkrankheiten werden ähnliche Untersuchungen nutzbringend werden, wenn wir erst im stande sein werden, die verschiedenen Erreger des Ekzems und anderer klinisch identisch aussehender Krankheiten zu differenzieren. D. Ref.) *Neebe-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Allgemeine Elephantiasis bei einem siebenmonatlichen Foetus, von Bode-Dresden. (*Centralbl. f. Gynäk.*) Die Mutter, 27 Jahre alt, eine mehrgebärende, war gestürzt und hatte sich verletzt. Im Anschlufs an den Unfall trat die Frühgeburt ein.

Der Foetus zeigte ein allgemeines Ödem des ganzen Körpers. Das Gesicht war gänzlich entstellt und formlos; die Stirn, Hände, Füfse waren elephantiastisch aufgetrieben. Bei der Mutter bestand weder Albuminurie noch Ödem.

C. Berliner-Aachen.

Über das Verhalten der glatten Muskelfasern und der Mastzellen bei Elephantiasis, von K. Ammer. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1892.) Verfasser hat auf Orths Anregung acht Fälle von Elephantiasis mikroskopisch untersucht. Die Elephantiasis betraf eine grofse Labie, zwei kleine, drei Präputien des Penis und zwei Unterschenkel. Vertreten waren sämtliche Formen der Elephantiasis.

Die glatten Muskelfasern fanden sich in der überwiegenden Zahl der Fälle hypertrophisch (und hyperplastisch), in einzelnen auch atrophisch.

Mastzellen fanden sich in sechs Fällen bedeutend zahlreicher, als in der Norm, in zweien weniger; eine Beziehung zum Gewebe liefs sich nicht nachweisen.

Unnasche Plasmazellen fanden sich nur in einem Falle von verruköser Elephantiasis mit starker Papillenwucherung und excessiver Verhornung; sie scheinen in Mastzellen übergehen zu können. *F. Hahn-Bremen.*

Über Madurakrankheit (Madurafufs) spricht Boyce in der Londoner pathologischen Gesellschaft, Sitzung vom 18. April 1893. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1893. No. 69.) Die Madurakrankheit (Mycetoma Carteri) ist eine aufsergewöhnlich chronische Entzündung fam Fufse, viel seltener an der Hand. Hyperplasie, erhebliche Gewebszerstörung, tichrogenähnliche Partikelchen charakterisieren den Prozefs, der besonders bei baarfüfsig auf dem Felde arbeitenden Menschen vorkommt und meistens auf ein Trauma zurückzuführen ist. Eine Zeitlang macht das Leiden am Fufsgelenk Halt, schreitet dann aber bis zum Knie, oder sogar bis zum Oberschenkel vor. Die Heilung durch Amputation ist meistens eine dauernde, Recidiv im Stumpfe kommt aber vor. Man findet bei der dunklen Varietät eine enorme Anhäufung schwärzlicher Massen, die oft eingekapselt sind; weifse Partikelchen sind häufig von jungem Granulationsgewebe umgeben. Der Verfasser schildert sodann ausführlich den in diesen Teilen gefundenen Fungus mit seinen Hyphen, was im Original (*The Lancet*) nachzulesen ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vier Fälle von Rhinosklerom, von A. Ducrey. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle,* Fasc. IV., 1892. I u. II. 1893.) Verfasser fafst die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Rhinosklerom nimmt seinen Anfang an irgend einer Stelle der obersten Respirationswege, wo es längere Zeit circumskript verbleiben kann.

2. Es verbreitet sich im Gewebe per continuitatem; zuweilen treten aber aufserdem sekundäre Herde an Stellen auf, die vom primären mehr oder weniger entfernt liegen (Autoinfektion).

3. Der eigentlichen Neubildung kann eine mehrjährige, unbestimmte katarrhalische Periode vorangehen. Die erstere weicht dann zuweilen vom klassischen Bilde nicht unbedeutend ab, so dafs die Diagnose nur auf mikroskopischem und bakteriologischem Wege sicher gestellt werden kann.

4. Die anatomischen Kennzeichen des Rhinoskleroms sind die eines spezifischen Granuloms.

Die Infektiosität der Affektion ist erwiesen an dem Vorhandensein eines konstanten, spezifischen und sehr reichhaltig vertretenen Mikroorganismus. Das Tierexperiment hat sich zwar nicht als absolut beweisend erwiesen, immerhin konnten einige Forscher an Versuchstieren durch Inokulation dem Rhinosklerom ähnliche Bildungen erzeugt werden. Ferner kommt die Affektion in gewissen Gegenden endemisch vor.

6. Die wirksamste Therapie ist zwar die chirurgische; wo diese jedoch nicht anwendbar ist, kommen bei partieller Ablation die Antiseptica zur Anwendung, und zwar aufser Sublimat und Karbol Acid. thymicum.

7. Der Rhinosklerombacillus ist mit dem Pneumoniebacillus Friedländer nicht identisch.

8. Der Rhinosklerombacillus übertrifft in vitaler Konkurrenz den Erysipelcoccus und vermag dessen Virulenz abzuschwächen.

9. Die alte Bezeichnung Rhinosklerom dürfte rationeller ersetzt werden durch „infektiöses Sklerom der Respirationsorgane". *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Therapie des Rhinoskleroms. (*Rif. med.* 19. September 1892) liefert Colombini einen Beitrag; es waren ohne Erfolg versucht: antisyphilitische Kur, Tuberkulininjektionen, partielle Abtragung mit Auskratzen; schliefslich mufste die Tracheotomie gemacht werden, worauf die Hauptstörungen schwanden und das Allgemeinbefinden sich besserte; nachträglich wurde mit Excisionen kleiner Partien der Hautbildung fortgefahren, die Verfasser für das geeignetste Verfahren erachtet.

F. Hahn-Bremen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die chemische Zusammensetzung des in utero secernierten fötalen Urins, von F. A. Helme. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1893.) Bei Gelegenheit einer sich etwas hinzögernden Forcepsentbindung fügte es sich, dafs das Kind (Knabe) sofort nach der Entwickelung des Leibes, und ehe irgend welche Inspiration stattgehabt hatte, urinierte. Der entlassene Urin, ca. 14 ccm, wurde vom Verfasser in einem untergehaltenen reinen Gefäfs direkt aufgefangen und untersucht. Er fand 0,15% Harnstoff, ferner Kreatinin und Chloride. Reaktionen auf Zucker, Eiweifs, Phosphate und Sulfate fielen negativ aus. Nach 8½ Stunden zeigte der Urin desselben Kindes bedeutend mehr Kreatinin, und namentlich Harnstoff. Da im Liquor amnii normalerweise sowohl Harnstoff, als auch Sulfate und Phosphate enthalten sind, so ist die Entstehung dieser Flüssigkeit aufser auf die Sekretion der fötalen Niere auch auf eine andere, bisher noch nicht ganz aufgeklärte Quelle zurückzuführen.

Philippi-Nieheim.

Über die Bedeutung der Erkrankungen des Plexus venosus prostaticus (Plexus Santorinianus), von J. Englisch. (*Wien. med. Woch.* 1893. No. 14.) Verfasser beginnt mit einer Schilderung der anatomischen Verhältnisse der Harnorgane. Die Fascia perinei propria s. media geht von der Schambeinfuge zur Linia transversa des Mittelfleisches, der Verbindungslinie der beiden Sitzhöcker; sie wird 2—2½ cm unterhalb der Schambeinfuge von dem häutigen Theil der Urethra durchbohrt. Der innere Teil dieser und die Prostata liegen eingebettet in dem Ligamentum pelveoprostaticum capsulare Retzii, das einen Raum abschliefst, der einer mit der Bais nach der Blase zu liegenden abgestutzten Pyramide gleicht. Dieses Ligament setzt sich zusammen aus dem Ligamentum pubo-prostaticum medium, dem Lig. pubo-prostaticum laterale und der Fascia vesicorectalis. Die vordere Hälfte der Pars membranacea wird umgeben von dem Guthrie- und Wilsonschen Schnürer (Constrictor partis membra-

naceae urethrae), die hintere liegt blofs. Zu beiden Seiten der Harnröhre unmittelbar an der Fascia perinei propria liegen die Cowperschen Drüsen. Zwischen diesen Teilen und den Platten des Lig. caps. Retzii liegt der Plexus Santorinianus, das den Constrictor partis membranaceae durchzieht und den unbedeckten Teil der Urethra umspinnt. Vorn münden in das Venennetz die VV. dorsales penis nach Durchbohrung des Lig. arcuat. infer. Ein dichtes Venennetz umgiebt die Prostata, Äste desselben münden mit den VV. vesicales in die V. hypogastrica; dieses Venennetz hat bei Hypertrophie der Prostata oft federkieldicke Äste. Das santorinianische Geflecht kommuniciert mit den Venen in der Umgebung des Mastdarms und den VV. haemorrhoidales, weniger mit den Venen in der Umgebung des Afters. — Entzündliche Vorgänge im Ligamentum capsulare Retzii bewirken eine Verminderung des Rückflusses aus den V. dorsales penis und dadurch Ödem der Glans und des Praeputiums. Wo dieses ohne örtliche Ursache eintritt, ist die Untersuchung per rectum daher nicht zu versäumen. Gleichzeitig entsteht Reizung der Harnröhrenschleimheit durch Überfüllung der Venen und dadurch Brennen, seltener vermehrter Harndrang. — Die entzündlichen Erkrankungen des Plexus Santorinianus sind entweder akute oder chronische. Erstere hängen ab von Traumen (Sectio lateralis, Katheterismus), Entzündungen der Harnröhre, der Cowperschen Drüsen, der Prostata, selten von solchen des Mastdarms (Periproctitis, Hämorrhoiden etc.); besonders scheinen Fremdkörper in letzterem leicht dieselben zu bedingen, wie zwei citierte Fälle beweisen. Die häufigste Veranlassung zu den akuten Entzündungen des Venenplexus geben die Urethritiden, und es können sogar schwere Erscheinungen auftreten; ein Fall, in dem es zu einer Thrombose der V. cruralis kam, wird erwähnt. Die bei falschen Wegen auftretende Pyämie geht auch mit einer Affektion des Venenplexus einher. — Von erheblicher Bedeutung sind die Phlegmonen des Cavum Retzii, welche von der Umgebung der Blase ausgehen. Von ernster Bedeutung ist das Fortschreiten der Phlebitis auf die Venae vesicales, wodurch eine grofse Geschwulst um die Blase entsteht, die sich im properitonealen Zellgewebe bis auf den Samenstrang, zu den Nieren, auf die Oberschenkel fortpflanzt. Es kann dann auch zur wahren Peritonitis kommen. — Um diese Processe zu erkennen, ist es bei Auftreten von Fieber während des Bestehens akuter Processe in der Umgebung der Harnorgane stets nötig, eine genaue Rektaluntersuchung vorzunehmen. Anfangs findet man nur Druckempfindlichkeit, später auch Zellinfiltration, die nicht selten, entsprechend den Venen, streifenförmig auftritt was charakteristisch ist. Ein wichtiges Zeichen ist der rasche Verfall der Kräfte, wie bei allen Venenprocessen entzündlicher Natur. Nicht selten ist Druckempfindlichkeit der hinteren Bauchwand, der Leber, katarrhalische Affektion der Lunge. — Die septischen Processe nach Verletzung des häutigen und prostatischen Teiles erklären sich am leichtesten durch die Beteiligung des Plexus Santorinianus; vielleicht spielt dieser auch bei der Entstehung von Herzfehlern nach Gonorrhoe eine Rolle. — Wahrscheinlich kommt dem Plexus Santorinianus auch bei den chronischen Formen der Periurethritis, Periprostatitis und Pericystitis eine gewisse Wichtigkeit zu.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Harnblasenverletzung, verursacht durch Beckenfraktur, von Arnheim. (*Deutsche med. Wochensch.* 1893. No. 18.) Nach Bartels (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. XXII) heilten von 25 chirurgisch behandelten Harnblasenzerreifsungen 9(=36%), von 131 nicht operierten aber nur 3(=2,29%). — Eine 41jährige Patientin, die sich aus dem dritten Stock während einer Puerperalpsychose gestürzt hatte, zeigt neben einer Splitterfraktur des rechten Humerus mehrere Rippenbrüche, blutigen Sputis, eine enorme Schmerzhaftigkeit des frakturierten Beckenringes, eine Schwellung der Beckenweichteile durch Urininfiltration; durch den Katheter entleerten sich einige

Eßlöffel einer dicken, aus halbgeronnenem Blut bestehenden Flüssigkeit. Operation 14 Stunden post trauma; Entleerung des infiltrierenden Urins; Naht eines 2 cm langen Blasenrisses rechts und eines 1½ cm langen Blasenrisses links, bewirkt durch Fraktur des Schambeins; Tamponade der Wundhöhle; Verweilkatheter mit Heberdrainage. — Decubitus; später Fieber; zum Schluß starke Mastdarmblutung; Exitus letalis nach 20 Tagen. Die Blasennaht hatte gut gehalten. Keine Sektion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bezüglich der **Störungen in der Harnsekretion bei Chloroformgebrauch** haben Siboni und Alessandri gefunden, daß dieselben gewöhnlich nicht schwerer Art sind, auch bei Verwendung des gewöhnlichen Chloroforms des Handels. Eine Kontraindikation für die Chloroformierung bilden Nierenerkrankungen. Als bestes, unschädlichstes Fabrikat hat sich das von Duncan erwiesen, welches auch bei heruntergekommenen Individuen, sowie bei langandauernden Narkosen ausschließlich gebraucht werden soll. (*Rif. med.* 1893. No. 28.) *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz.*)

Heilung einer Mastdarmharnblasenverletzung, von H. Hensgen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 25.) Einem 17jährigen Burschen war eine 15 cm lange, 1⅓ cm im Durchmesser haltende Feile durch das Kreuzbein hindurch hineingestoßen worden, wobei der Mastdarm und der obere Teil der hinteren Blasenwand angestochen war. Im trunkenen Zustande war der Verletzte, ohne von der in ihm steckenden Feile etwas zu wissen, ca. 1 Stunde zu Fuß gegangen und eine halbe Stunde mit der Eisenbahn gefahren, zu guter Letzt aber noch durch die Öffnung eines Speichers in dem er schlief, herabgestürzt, wobei er noch eine Radiusfraktur acquirierte. Erst tags darauf wurde die Feile bemerkt und mit einer Zange ausgezogen. Durch die Öffnung entleerte sich mehrere Tage Kot und Urin, dann schloß sie sich und es trat Heilung ein. (Betrunkene haben ihren Engel, der sie beschützt! Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Epitheliom des Penis. Amputation. Einsetzen der Urethra ins Scrotum, von H. W. Sawtelle. (*New York med. Journ.* 13. Mai 1893.) Bei einem 60jährigen, kräftigen Matrosen mit einem Penisepitheliom, das etwa ein Jahr bestanden hatte, war die Amputation des Gliedes im oberen Drittel erfolglos geblieben. Etwa sieben Wochen später war eine weitere Abtragung erkrankter Partien nötig. Die Harnröhre, von der nur etwa 10 cm übrig blieben, wurde, soweit es ging, frei präpariert und nach dem Vorgange von Humphney in eine Incision im Scrotum eingenäht. Heilung. Vierzehn Monate später war der Erfolg immer noch ein befriedigender geblieben.

Philippi-Nieheim.

Über die Entfernung eines abgebrochenen Katheterstückes auf endoskopischem Wege berichtet F. Loewenhardt in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau (den 10. März 1893). Das Stück saß in einer Striktur der Pars membranacea fest eingeklemmt, zum Teil in die Pars bulbosa hineinreichend; es war von außen zu fühlen. Es gelang, die Spitze des Katheterstückes in das Lumen des hereingeführten Endoskops zu bringen; dasselbe wurde dann mittelst eines dünnen, vorne spitz-kegelförmigen, schraubenzieherartig gewundenen Tamponträgers entfernt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 26.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

An eine in der Berliner klinischen Wochenschrift (1893. No. 16) von Scriba und Miyake-Tokio gemachten Mitteilung über den **Nachweis von Milben im Harne** eines an Hämaturie leidenden Patienten knüpft Haffter (*Korrespondenzbl. f. schw. Ärzte* 1893. No. 11.) die Bemerkung, daß er vor Jahren in einem eiweißhaltigen Harne mehrere Tage hintereinander ebenfalls Milben entdeckt hatte. Bei genauer Nachforschung stellte es sich jedoch heraus, daß es sich um — die gewöhnliche „Hausmilbe“

handelte. Dieselben waren dadurch in den Harn geraten, dafs dieser vermittelst eines alten Essigtrichters, in dem sie sich aufhielten, in Fläschchen abgezogen worden war. Ohne nun zwar die Glaubwürdigkeit der Mitteilung der japanischen Kollegen in Zweifel ziehen zu wollen, fragt sich H., ob überhaupt durch Tracheen atmende Gliederfüfsler (also auch der Milben) in den Nieren zu vegetieren vermögen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Gonorrhoe und Komplikationen.

Die Behandlung der Blennorrhagie mit Salol, von GRAMITZOW. (*Rev. génér. de clin. et de thérap.* 1893. No. 2.) Drei bis viermal täglich wird 1,0—1,5 Salol gereicht und in 4—15 Tagen ein Erfolg erzielt. In subakuten Fällen wird Salol mit Cubeben in Kapseln kombiniert. Intraurethral wird dabei injiciert:

Salol pur.	10,0
Gummi arabic.	5,0
Aq. destillat.	2000,0

DS. 3—4 mal täglich zu injicieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachtrag zur Behandlung der Gonorrhoe, von W. F. GLENN. (*Journ. cut. and gen.-ur. dis.* April 1893.) Verfasser empfiehlt nochmals die Methode mit einer Lösung von Zinkchlorid (0,03) und Zinkjodid (0,06) in Wasser (0,30) und führt 24 erfolgreich behandelte Fälle an, bei denen der Nachweis von Gonokokken mikroskopisch geliefert worden war. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 3 und 55 Tagen. Scheidet man die vier langwierigsten Fälle aus, bei denen allerdings eine Ausnahme angenommen werden kann, so betrug die Durchschnittsdauer knapp zwölf Tage.

Philippi Nieheim.

Vorläufige Mitteilung über die Gonorrhoe im Wochenbett, von Dr. KRÖNIG. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1893. No. 8.) Bei neun Wöchnerinnen wurden Gonokokken in den Lochien des Uterus kulturell nachgewiesen, und zwar auf Platten aus einer Mischung von Agar und Blutserum nach WERTHEIM, während Agarplatten absolut steril blieben. Aus den beobachteten Fällen glaubt Verfasser zur Zeit folgendes schliefsen zu dürfen:

1. Bei gonorrhoisch kranken Frauen kann die Gonorrhoe post partum auf die Gebärmutterhöhle übergehen. Es findet sehr reiche Vermehrung der Gonokokken im Lochialsekret statt.

2. Die gonorrhoische Infektion der Gebärmutterhöhle allein kann Fieber im Wochenbett bedingen.

3. Dafür, dafs es eine durch Gonokokken und andere pyogene Keime bedingte Mischinfektion giebt, haben sich bei keinem der Fälle Anhaltspunkte finden lassen.

4. Die gonorrhoische Infektion im Wochenbett ist keine direkt lebensgefährliche Erkrankung, doch führt sie relativ oft zu Spätwochenbetterkrankungen, die durch Übergreifen des Processes vom Endometrium auf die Tuben und das Peritoneum zu den bekannten gonorrhoischen Adnexerkrankungen führen. *Strauſs-Barmen.*

Zur Kenntnis der blennorrhagischen Komplikationen. Arthritis blennorrhagica, von M. STERN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 19.) In der durch Punktion gewonnenen Flüssigkeit eines entzündeten Tarso-Tibialgelenkes bei einem Patienten, der an Gonorrhoe litt, fand Verfasser charakteristische Diplokokken. Das monartikuläre Auftreten, die geringe Intensität der akuten Erscheinungen, die Nutzlosigkeit von Salicylsäure sprachen auch für eine Abhängigkeit des Gelenkleidens von der Gonorrhoe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der gonorrhoischen Urethritis beim Weibe, von Rollet. (*Progrès méd.* 1893. No. 20.) Verfasser unterscheidet drei klinische Formen der weiblichen Gonorrhoe: 1. eine akute (relativ am seltensten), 2. eine chronische, indolente und 3. eine latente. In Anbetracht der schweren Folgen der Affektion soll dieselbe möglichst frühzeitig zur Behandlung kommen. Unter den verschiedenen therapeutischen Methoden, wie Pulverinsufflationen, medikamentöse Bougies, Injektionen, Irrigationen, Pinselungen etc., giebt Verfasser den Ausspülungen den Vorzug. Er bedient sich hierzu einer modificierten Pezzerschen Sonde aus reinem Kautschuk. Dieselbe trägt an der Spitze einen konischen, massiven Ansatz (21 Charrière); der Schaft trägt nahe am Ansatz beginnende, 25 mm lange Fenster. Diese Sonde wird in die Blase eingeführt und sorgfältig wieder zurückgezogen, bis der Konus am Blasenhals anstöfst und so die Urethra gegen die Blase hin abschliefst. Als Spülflüssigkeiten (je 1 bis 2 l) können verwendet werden Lösungen von: Argentum nitricum 1,5%, Ichthyol 3%, Resorcin 5%, Sublimat 0,5‰, Kalium permanganicum 4‰.

Aufserdem soll die Vagina in permanentem aseptischen (?) Zustande unterhalten werden durch Einführen von antiseptischen Tampons. Damit soll das Vordringen des Gonococcus nach dem Uterus verhindert werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Arthritis blennorrhoica. Aus der Poliklinik von Prof. R. Deutschmann, von S. Lindemann. (*Beitr. z. Augenheilk.* Heft 5. Leopold Voss-Hamburg.) Die Zahl der Fälle von Arthritis nach Blennorrhoe der Augen ist noch gering. Verfasser berichtet über einen solchen. Bei einem mit Blennorhoea neonatorum behafteten Neugeborenen entstand auch eine starke Entzündung des linken Kniegelenks. Zuerst wurde ohne Erfolg eine antiluetische Therapie eingeleitet. In der durch Punktion gewonnenen Flüssigkeit fand man dann später Diplokokken, die nach Form, Gröfse, Gruppierung den Gonokokken entsprachen. Sie lagen in Zellen, wurden nach Gram entfernt und bei nochmaliger Überfärbung mit Bismarkbraun hellgelb. Die angestellten Kulturversuche führten nicht zu Reinkulturen, wenn auch Diplokokkenkulturen entstanden, die mit gröfster Wahrscheinlichkeit aus Gonokokken bestanden. Im allgemeinen überwucherten die Eiterkokken. Vielleicht erklärt sich durch diesen Umstand auch, wenn man bei gonorrhoischen Entzündungen in Gelenken oft nur Eiterkokken findet; die Gonokokken sind eben im Kampfe ums Dasein untergegangen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonokokken und Pseudogonokokken, von Hogge. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* April 1893.) Während in frischen Fällen der mikroskopische Nachweis der Gonokokken mit vollster Sicherheit zu erbringen ist, kommen in älteren oft diesen sehr ähnliche Diplokokken vor. Zur Differenzierung empfiehlt Hogge:

1. Das Gramsche Verfahren.

2. Ausspülungen der Urethra mit 1‰ Argentum nitricum oder $^1/_{10}$‰ Sublimat, wodurch nichtgonorrhoische Urethritiden sofort geheilt werden.

3. Das Kulturverfahren, wobei es wichtig ist, ob es gelingt die Gonokokken auf Blutserumagar zu züchten resp. die Diplokokken auf den gewöhnlichen Nährboden zum Wachsen zu bringen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Gonorrhoe (mit Demonstration eines Apparates) spricht Leudesdorf im Ärztlichen Verein in Hamburg, Sitzung vom 31. Mai 1892. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 22.) Für den Verlauf der Gonorrhoe ist die Beschaffenheit des Individuums wie mancherlei andere Momente von Bedeutung; in der Regel wird die Natur allein mit dem Leiden fertig, und es genügt, dieselbe durch milde Ausspülungen zu unterstützen; die übliche Injektionstherapie mit mehr oder weniger starken Lösungen lädiert gerade den eigentlichen Sitz der Erkrankung, die Fossa navicularis. Der Vortragende

empfiehlt nun einen kleinen Irrigator, der 20—30 ccm Flüssigkeit aufnehmen kann und in ein dünnes stumpfes Glasröhrchen endet.

Philippson glaubt, dafs auch durch gut gearbeitete Spritzen die von Leudesdorf erwähnten Nachteile vermieden werden können. Die Fossa navicularis ist nicht lange der eigentliche Sitz der Erkrankung, welche sich in der Regel in 6—8 Wochen abspielt; kürzer verlaufende Fälle sind wohl nur Recidive.

Unna erkennt die Vorteile des demonstrierten Apparates an. Die Behauptung Philippsons, dafs jede Gonorrhoe 6—8 Wochen dauere, kann er nicht anerkennen. Die von ihm frisch behandelten Fälle verloren nach acht Tagen ihren virulenten Charakter und waren nach 2—4 Wochen geheilt. Er erreicht dieses durch energische Behandlung, da er die Zincumsulfocarbolicum-Lösung (½ %) oder Resorcinlösung am Tage zweistündlich, nachts zweimal injicieren läfst; letzteres ist besonders wichtig.

Leudesdorf glaubt, dafs ein grofser Teil der Patienten Unnas energische Behandlung nicht vertragen kann.

Körting bestätigt die Erfolge Unnas.

Philippson empfiehlt Höllensteinlösungen.

Unna hat seine günstigen Erfolge mit Zincum sulfocarbolicum vor und nach der Behandlung durch Gonokokken-Untersuchung kontrolliert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Prophylaxis gegen Blennorrhoe der Neugeborenen durch Jodoform, von Valude. (*Ann. d'Ocul.* No. 106.) Verfasser empfiehlt zur Prophylaxe der Blennorhoea neonatorum das Einblasen von Jodoform, das weniger reizt und länger im Conjunctivalsack bleibt, als Argentum nitricum. Der Vergleich der Erfolge in zwei Spitälern ergiebt: nach Argentum nitricum erkrankten 8 = 6% der Kinder, nach Jodoform 5 = 2%.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Folliculitis glandularis gonorrhoica, von Molinié. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 165.) Bei einem 25jährigen Menschen, dessen Tripper schon im achten Monat bestand, ohne heilen zu wollen, entdeckte man drei Fistelgänge, von denen einer am Frenulum und die beiden anderen am Rande des Meatus safsen; einer von ihnen hatte eine Tiefe von 12 mm. Es ist dies ein auffälliges Verhalten, da nach Diday die Tiefe derartiger Fistelgänge im Durchschnitt nur 6 mm beträgt. Die Heilung erfolgte in diesem Falle durch Elektrolyse und Höllenstein, während der Tripper gleichzeitig auf Ausspritzungen mit Kalium permanganicum-Lösungen wich.

Türkheim-Hamburg.

Über gonorrhoische Vaginitis, von J. G. Cecil-Louisville. (*The americ. Pract. and News.* April 1893.) Die gonorrhoische Vaginitis bildet nicht selten das Anfangsglied einer grofsen Kette von schweren Erkrankungen beim Weibe. Es ist deshalb von Wichtigkeit, die spezifische Vaginitis frühzeitig zu erkennen und mit energischen Mitteln zu beseitigen.

Die Behandlung besteht im akuten Stadium in milden Ausspritzungen (Sublimat 1 : 10000) unter Anwendung von Kokain oder Morphium, wenn Schmerzhaftigkeit vorhanden ist. Im subakuten Stadium werden stärker konzentriertere Sublimatlösungen (1 : 3000—2000) gebraucht. Die Ausspülungen müssen sorgfältig unter Aufsuchen aller Schlupfwinkel in der Vagina vorgenommen und längere Zeit hindurch fortgesetzt werden.

Ist die Vaginitis chronisch geworden, und hat sich ein Cervixkatarrh an dieselbe angeschlossen, so wird man eine radikale Heilung nur durch Auskratzungen erzielen können.

C. Berliner-Aachen.

Vulvovaginitis bei Kindern, von E. Martin-Philadelphia. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1892. S. 415.) Folgende Schlüsse zieht Verfasser aus einem reichen Beobachtungsmaterial:

1. Die Vulvovaginitis der Kinder kann gonorrhoischer und irritativer Natur sein.

2. Beide Formen kommen mit Vorliebe bei schmutzigen, schlecht genährten Kindern vor. Skrophulöse und akute Exantheme (Masern, Scharlach) prädisponieren zu beiden Formen.

3. Die gonorrhoische Form wird selten durch verbrecherische Akte bedingt, meist durch Übertragung von der Mutter durch Finger, Kleider, Schwämme etc. hervorgerufen. Sie wird charakterisiert durch eine Entzündung der Urethra, Vagina und des Endometriums; es besteht Fieber, lokale Schmerzhaftigkeit, oft Leibschmerzen. Die Krankheit hat die Tendenz, chronisch zu werden.

4. Gonorrhoische Vulvovaginitis ist in den ersten beiden Lebensjahren am häufigsten. Als Komplikationen finden sich Ophthalmie, gonorrhoischer Rheumatismus und alle beim Erwachsenen beobachteten Folgezustände. Das Sekret ist noch in starker Verdünnung (Badewasser!) kontagiös, deshalb ist strenge Isolierung nötig.

5. Eine exakte Diagnose ist nur mikroskopisch möglich.

6. Die Behandlung besteht in häufigen Irrigationen mit Sublimat ($^1/_{10}$ ‰) und Argentum nitricum (1 : 6000) mittelst Irrigator und weichem Kautschukkatheter, Pudern mit Zinkoxyd und Einlegen eines trockenen Wattetampons zwischen die Labien. Bei exakter Befolgung dieser Maßregeln erfolgt die Heilung in 3—4 Wochen.

7. Die katarrhalische (irritative Form) ist vom 4.—6. Lebensjahre am häufigsten. Sie wird oft durch Notzuchtversuche, traumatische Eingriffe, Würmer, Schmutz erzeugt.

8. Diese Form ist wahrscheinlich nicht kontagiös, befällt selten die Urethra und macht, wenn nicht Gangrän oder Diphtherie hinzutritt, wenig lokale, keine allgemeine Erscheinungen.

9. Außer bei skrophulösen, kachektischen und besonders schmutzigen Kindern geht die Erkrankung leicht nach mild adstringierenden und reinigenden Waschungen, sowie nach tonisierender Behandlung zurück. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Nachtrag zu dem Bericht über die Naturforscherversammlung zu Nürnberg. (Bd. XVII. No. 8.) Von Herrn Prof. Köbner werde ich darauf hingewiesen, daß der ursprüngliche Titel seines Referates in der vorletzten Nummer des Tageblattes folgendermaßen abgeändert war: „Über Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die anderen mit Syphilis verwechselten blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der Haut.“ Es ist verständlich, daß danach die Behandlung des Themas eine fast erschöpfende war, und dementspechend die von mir am Schlusse des Referates gemachte, nicht böse gemeinte, aber vielleicht so aufgefaßte Bemerkung gegenstandslos ist. Die Abänderung des Themas war von mir, wie wohl von den meisten Anwesenden, leider nicht beachtet worden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das spärliche Vorkommen von Geschlechtskrankheiten bei der Arbeiterbevölkerung von Paris, von Fiaux. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1893. S. 166.) Fiaux hat im Laufe der letzten Jahre (1888—1892) bei 6579 Arbeitern, die bei der Compagnie du Chemin de Fer du Nord beschäftigt wurden, im ganzen nur 15 Fälle von Geschlechtskrankheit beobachtet; 12 davon waren Tripper; zwei einfache Schanker und einmal in den Kolonien erworbene Syphilis. *Türkheim-Hamburg.*

Sachverzeichnis.

E.-H. = Ergänzungsheft.[1]

Abscesse, bedingt durch seltenere Eiterungen (Schnitzler) 239.
—, Kalte (Roger) 346; und andere tuberkulöse Prozesse, Jodoformölinjektionen gegen kalte (Pfeilsticker) 290.
Acanthom 376.
Acanthosis nigricans 475.
—, Beitrag zur Differenzierung der Epidermidosen und Chorioblastosen auf Grundlage eines neuen Falles von (Mourek) 366.
Achorionarten, Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der (Neebe und Unna) 462.
Achsencylinderfärbung im zentralen und peripheren Nervensystem, Zur Technik der (Ströbe) 523.
Acidalbumin 253.
Acrodynie E.-H. 30. 36.
Addisonsche Krankheit 100; E.-H. 44; Sympathicus und Nebennieren, Beziehungen zwischen (Barbier) 37.
—, Untersuchungen über die (Marino-Zucco) 197.
—, Eigentümlicher Fall von (Bihler) 248.
— mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut (Lewin) 521.
Adenoma sebaceum E.-H. 53.
— der Schweifsdrüsen 475.
Adeps lanae (N.W.K.), Zur Dermatotherapie des (Taenzer) 556.
Adermogenese (Guéniot) 589.
Ätzwirkungen auf Schleimhäute durch Veränderung physiologischer Sekretionen, Untersützung von (Köbner) 399.
Ainhum, E.-H. 58.
Akne 103. 170. 181. 509. E.-H. 34.
— e bromo 33.
— faciei, Behandlung mit heifsem Wasser (Leviseur) 154.
— necrotica, Behandlung der 505.
Acne rosacea 489. 509.
—; Behandlung mit der Schälmethode (van Hoorn) 36.
— -Behandlung 407. 489.
—, Antiseptische (Gurin) 240.
—, Comedo und Acne rosacea (Cantrell) 634.
Akro-Arthritis 107.
Akrodynie E.-H. 34.
Akrokeratom 442.
Akromegalie (Rieder) 348; (Gause) 36; Neue Behandlung der (Brown-Séquard) 270.
Aktinomykose E.-H. 34.
— und Madurafufs (Kanthack) 158.
Alaunpflaster 284.
Albinismus E.-H. 58.
Albuminurie bei Syphilis (Schwimmer) 145.
Aleppobeule E.-H. 34.
Alopecia E.-H. 58; (Cutler) 339.
—, Neue Behandlungsmethode der idiopathischen (Morel-Lavallée) 39.
— atrophica, Über (Dubreuilh) 538.
— praematura 472; — (Elliot) 205; (Seeger) 39.
— pityrodes 205.
—, Behandlung der (Raymond) 40; (Ferras) 529.
— areata 470. 472. (Montgomery) 541; (Ferraton) 586.
— und ihre Behandlung (Butte) 40.
—, Behandlung mit Wintergreenspiritus (Hallopeau) 88.
Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhoe? Ist das (Samter) 213.
— auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis, Wirkungen des (Casper) 214.
Ammen, Syphilitische Ansteckung der (Raymond) 629.
Ammenfrage 391.

[1] Jessner: Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer Basis.

Amöben im Harn (Posner) 252.
Amphibien, Hautdrüsen der (Heidenhain) 173.
Amyloide Degeneration nach Syphilis (Hansemann) 316.
Anämie, Lokale 281; Allgemeine E.-H. 29.
Anästhesie E.-H. 27.
— durch Chlormethyl 328.
— bei Raynaudscher Krankheit 107.
Anatomie und Entwickelungsgeschichte, Ergebnisse der (Merkel und Bonnet) 623.
Analfissuren 553.
Analgen-Vis, Über Arznei-Examthem nach Darreichung von (Caminer) 568.
Anasarca E.-H. 29.
Aneurysma aortae syphiliticum (Beckh) 403.
Angina pseudo-membranacea non diphtheritica im Verlaufe von sekundärer (Boulengier) 631.
Angiokeratoma 475; E.-H. 53; (Joseph) 515.
Angiom des kleinen Fingers (Ledermann) 230.
Angioma teleangiectoides E.-H. 53.
— cavernosum 317; (Peter) 24; E.-H. 53.
— lymphaticum E.-H. 53.
Angiospasmus E.-H. 29.
Anidrosis E.-H. 27.
Annulus migrans 529.
Anomalien, Funktionelle E.-H. 21.
— der Schweifssekretion E.-H. 27.
Ansteckender Krankheiten, Die Strafbarkeit der Übertragung (Quincke) 592.
Anthrarobinpflaster 284.
Anthrax, Behandlung des (Glinski) 241; mit Oleum phenolicum (Hallopeau) 155.
Antimonpflaster 284.
Antipyrin in der urologischen Praxis (Brick) 254.
Antisepsis", Noch einmal „Innere (Vopelius) 180.
Aortenaneurysma, Sackförmiges, syphilitisches (Krannhals) 271.
Aphten 405.
Aphtöses Geschwür im Munde 168.
Aplasia monileformis E.-H. 58.
Arachnitis chronica fibrosa et gummosa 296.
Argyrie E.-H. 49.
— im Vergleich zur Siderose (Kobert) 319.
Aristol 552; (Heckel) 182.
— auf Grund der bislang erschienenen Litteratur, Therapeutische Verwertbarkeit des (Eichhoff) 287.
—, Dermatitis medicamentosa nach (Holsten) 184.
Arrosionsblutungen, Über (Neetzke) 281.
Arsenik, Empfindlichkeit gegen kleine Dosen (Nicholson) 327.
— Vierzig Fälle von Psoriasis, behandelt mit (Merrill) 635.
Arsenikdermatosen, Über (Rasch) 184.
Arsenikgebrauch, Keratoma palmare et plantare nach (Boeck) 184.
—, Braunfärbung der Haut nach (Engel-Reimers) 249.
Arseniklähmung, Ein Fall akuter (Müller) 527.
Arsenikbehandlung der Hautkrebse 315. 348; der Hautsarkome 347.
Arsenmelanose E.-H. 49.
Arthritismus 106.
Arthritis rheumatica bei Erysipel (Richardière) 345.
— blennorrhagica (Stern) 641.
Arthritische Lipome 244.
Arzneiexantheme 27. 33. 169. 170. 183. 184. 235. 353. 383. 527. 571.
— nach Darreichung von Analgen-Vis, Über (Caminer) 568.
Arzneimittel im Harn, Nachweis der (Bräutigam) 284.
Arzneiödem 106.
Arzneipflaster (Shoemaker) 284.
Aspergillus fumigatus 89.
Asphyxia localis 281; (Sherwell) 92; (Giersbach) 107; (Zeller) 134.
— und ähnliche Zustände 107.
— der unteren Extremitäten, Lokale (Dubois-Havenith) 569.
— und Sklerotrophoneurose der oberen Extremitäten (Dubois-Havenith) 569.
Asteatorrhoe E.-H. 27.
Asthma und Psoriasis, Über die Beziehungen zwischen (Hölscher) 458.
— herpeticum 461.
Atherom E.-H. 53.
Atlas seltener Hautkrankheiten, Internationaler (Unna, Morris, Leloir und Duhring) 474.
Atrophia congenita E.-H. 58.
— senilis E.-H. 58.
— traumatica E.-H. 58.
— der Haare E.-H. 58.
— der Nägel E.-H. 58.
— des Pigments E.-H. 58.
— der Schweifsdrüsen E.-H. 58.
— der Talgdrüsen E.-H. 58.
— der Haut, Fall von umschriebener idiopathischer (Taylor) 471. 541.
Atrophisches Herabsteigen der Hornschicht 431.
Augenstörungen bei Hirnsyphilis (Uhthoff) 580.
Augensyphilis 580. 581.
Aussatz, s. Lepra.
Ausschläge der Haut und psychische Störungen (v. Broekere) 282.

Bacillus lactis aërogenes Escherich, Identität mit dem bacille lactique Pasteur (Strauſs) 270.

Bacillus pyocyaneus, Wirkung hohen Druckes auf den (Charrin und d'Arsonval) 270.
— pyocyaneus, Pathogene Bedeutung des (Schimmelbusch) 174.
— pyogenes foetidus, Zur Kenntnis der pathogenen Eigenschaften des (Burci) 175.
Badekuren? Wodurch wirken (Goerl) 181.
Bakterien, Materialien zur Lehre von der Beschmutzung der Haut von Kranken mit (Nikolski) 526.
Bakteriologischen Technik, Einige Bemerkungen zur (Nabias und Sabrazès) 523.
Balanitis 407.
Ballonierende Degeneration 83.
Balneologisches (Amsler) 283.
Bauchdeckenfibrome, Beitrag zur Histologie der (Runck) 245.
Baumès' Gesetz 117.
Belladonnapflaster 284.
Bericht für 1891 der dermatologischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen (Haslund) 262.
— für 1891 des Vestre-Hospitals (Bergh) 262.
— des Lungegaardshospitals (bei Bergen) 1889—91 (Danielssen) 262.
— über die Naturforscherversammlung zu Nürnberg (Jessner) 644.
Beschmutzung der Haut von Kranken mit Bakterien, Materialien zur Lehre von der (Nikolski) 526.
Bismutum subgallatum gegen Pemphigus syphiliticus 193.
Blässe 108.
Blase, ihre Prognose und Therapie, Über die Geschwülste der (Kümmel) 324.
—, Über die Pathologie der cystischen Tumoren an der (Targelt) 590.
—, Hochgradige kongenitale Dilatation der, kombiniert mit mehrfachen Mifsbildungen (Loewy) 591.
—, Die mit Hülfe von elektrischen Strömen ausdrückbare (Clemens) 44.
—, Antipyrin gegen Neurosen der, 254.
—, Bildungsfehler der weiblichen (Pilgram) 255.
—, Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der (Wickhoff) 259.
— und Prostata, Krankheiten der (Wyman) 276; — Klinik der (Guyon) 276.
—, Verirrte Sondenfragmente in der (Loumeau) 300.
—, Tuberkulose der (Bangs) 300; (Vignerol) 260.
—, Polypen der (Görl) 301.
— durch das Perineum, Drainage der (Key) 302.
—. Fremdkörper in der Harnröhre und (Grosglik) 302.
— nach dem hohen Blasenschnitt, Tamponade der (Desnos) 304.
Blasen durch Kantharidin 6.
Blasenaffektionen bei Kranken mit Blasentuberkulose, Behandlung der sekundären (Lavaux) 260.
Blasenbildende Krankheiten der Schleimhäute und der Haut in Hinsicht auf ihre Verwechselung mit syphilitischen Affektionen (Köbner) 405.
Blasenbrüche, Zur Frage der (Aue) 301.
Blasen-Darmfisteln 208.
Blasengeschwülste (Kümmel) 300.
Blasenhalsklappen, Zur Kasuistik der (Poppert) 300.
Blaseninnern, Photographische Aufnahmen des 251.
Blasenschnitt, Indikationen und Ausführung des transversalen hohen (Albarran) 303.
— zur Entfernung abgekapselter Blasensteine, Hoher (Wickmann) 304.
—, Tamponade der Blase nach dem hohen (Desnos) 304.
Blasenkatarrh, s. Cystitis.
Blasenschwäche 43.
Blasensteine 304; (Schuchard) 209; (Casper) 477.
—, Entfernung durch die Sectio suprapubica (Bökel) 44.
—, Bildung künstlicher (Tuffier) 44.
— bei Frauen, Zur Kenntnis der (Mankiewicz) 303.
—, Intermittierende (Loumeau) 303.
— hinter und oberhalb der Symphyse, Diagnose durch das Cystoskop (Viertel) 303.
—, Hoher Blasenschnitt zur Entfernung abgekapselter (Wickmann) 304.
— um eine Haarnadel, Entfernung durch hohen Blasenschnitt (Bivona) 304.
Blasensteinoperation beim Manne, Kasuistischer Beitrag zur Wahl der (Reifsner) 260.
Blasentuberkulose 260.
Blasentumoren, Temporäre Resektion der Symphyse als Hülfsoperation bei Exstirpation von (v. Bramann) 302.
Blasenverletzung, verursacht durch Beckenfraktur, Fall von (Arnheim) 639.
Blasenziehende Farbe (Hellier) 160.
Blattern, s. Variola.
Blattmetallfabrikation, Schattenseiten der 384.
Blennokokken 396.
Blennorrhagia 43. 150. 263. 642.
—, Syphilis und Hautkrankheiten (Winternitz) 32.
— und ihre Behandlung (Lydston) 34.
—, Neue Beiträge zur Pathologie der männlichen (Róna) 46.
—, Klinischer Beitrag zur (Dind) 46.
—, Ausschlag von verhornten Krusten im Verlaufe der (Vidal) 46.
— Prophylaxe der (Philippson) 45.

Blennorrhagia, Peritonitis beim Manne infolge der (v. Zeifsl) 47.
—? Ist das Alumnol ein Specificum gegen (Samter) 213.
—, Wirkung des Alumnols auf die (Casper) 214.
— recti (Dock) 214.
— des Weibes (Witte) 215; — Der Gonococcus in seinen Beziehungen zur (Crockett) 214; — Zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der (Bröse) 215.
— bei kleinen Mädchen (Kaufmann) 216.
— -Behandlung 286. 288; (Glenn) 641; (Funk) 18; (Gebert) 211.
— Abortivbehandlung (Wedekind) 45; — nach neueren Methoden (Güntz) 479.
— mit Salol (Gramitzow) 641.
— und der gonorrhoischen Erkrankungen im kleinen Becken beim Weibe (Frederick) 215.
Blennorrhoea (s. a. Urethritis) 35. 45. 214. 263.
— des Weibes 34. 392. 403.
—, Nerven- und Rückenmarkskrankheiten durch (Engel-Reimers) 47.
—, Spinale und nervöse (hysterische) Erscheinungen während der (Raynaud) 216.
—, Klinische Bakteriologie der Komplikationen der (Audry) 341.
— und die Kriterien der Heilung, Prognose der (Kopp) 395.
— im Wochenbett, Vorläufige Mitteilung über die (Krönig) 641.
— der Neugeborenen durch Jodoform, Prophylaxis gegen (Valude) 643.
— -Behandlung 286; (Smylie) 27; (Gebert) 211.
— des Mannes, Die neueste instrumentelle Technik in der (Kallmann) 394.
Blennorrhoische Myelitis (Leyden) 46.
— Spinalmeningitis 48.
— Rheumatismus polyarticularis (Nobel) 135.
— Vaginitis, Über (Cecil) 643.
— Eiter, Eosinophile Zellen im (Epstein) 403.
— Gelenkentzündung bei Kindern (Guinon) 216.
— Komplikationen (Stern) 642.
— Polyneuritis 47.
— Urethritis beim Weibe, Behandlung der (Rouet) 642.
Blutalterationen bei Syphilis und die Veränderungen durch die Quecksilberpräparate (Gogoli) 416.
Blutgefäfse, Mikroskopische Untersuchungen über die Kontraktilität der (Ranvier) 173.
Blutkrankheit, s. Hämophilie.
Blutserum, Baktericide Wirkung der (Maragliano) 280.
Blutstillung bei Hämophilie, (Manteuffel) 568.
Blutung, s. Hämorrhagie.
Blutverteilung, Anomalien der, E.-H. 22.
Blutveränderungen infolge des syphilitischen Prozesses, Studie über (Neumann und Konried) 291.
Bordellfrage 278. 393.
Borken auf der Stirngegend durch Blutung in den Facialiskern 315.
Botrytis Bassiana 89.
Brandwunden (s. auch Verbrennungen) Zur Behandlung der (Capitan) 570; (Faytt) 570.
Braunfärbung der Haut nach Arsenikgebrauch (Engel-Reimers) 249.
Brillenfabrikation, Nachteile der 384.
Bromausschlag bei einer 50jährigen Frau, Ein komplicierter (Marty) 570.
Bromidrosis E.-H. 34.
Bromophenol gegen Erysipel 344.
Bronchus auf syphilitischer Grundlage, Stenose des (König) 271.
Bronzefabrikation, Schattenseiten der (Wollner) 383.
Brustdrüsen, Mangel an (Williams) 625.
Brustwarze, Primäres Carcinom der (Mandry) 348.
—, Überzählige (Rendu) 352.
—, Gummöse Erkrankung der weiblichen 564.
Bubo gummosus der Inguinalgegend (Gold) 295.
Bubonen 263.
—, Abortivbehandlung von noch nicht in Eiterung übergegegangenen (Letnik) 44.
— der Leiste durch subkutane antiseptische Durchspülung, Behandlung eiteriger (Trnka) 209.
—, Behandlung durch Ausräumung der Leiste (Lauenstein) 241.
—, Therapeutische Mafsnahmen bei gewissen (Jullien) 260.
—, Gleichzeitiges Vorkommen einfacher und virulenter (Jullien) 260.
— mittelst Injektionen von Jodoformsalbe, Behandlung abscedierender (Otis) 341.
— nach der Welanderschen Methode, Wert der Abortivbehandlung (Brousse und Bothezat) 341.
—, Zur Behandlung der (Richter) 342; (Horwitz) 342; (Cordier) 533.
Bürstenindustrie, Experimentelle Studien über Milzbrand in der Nürnberger (Merkel) 386.
Bursitis luetica (Büchler) 146.

Cagots 88.
Callus E.-H. 49.
Canities E.-H. 58.
— unguium 475.

Canities capillorum 475.
Carbunkel E.-H. 34.
Carcinoma, 103. 142. 197. E.-H. 53; (v. Bergmann) 315; — Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen in (Ruffer) 536. 560.
— glandulae Bartholini (Schweizer) 591.
— der Prostata, Histologie des (Exner) 543.
— melanodes, Fall von schwimmhosenartigem Naevus pigmentosus mit (Thiennel) 589.
—, Coccidien im 26.
—, Experimentelle Beiträge über die Übertragbarkeit des (Duplay) 37.
— auf Lupus (Pick) 95.
—, Parasitenähnliche Körper im (Montgomery) 197; (Foà) 243.
—, Primäre multiple (Mercanton) 201.
—, Infektiöse Natur des (Coats) 243.
— der linken Ohrmuschel (Sonnenburg) 243.
— der Haut, Disseminiertes, lenticuläres (Hyde) 244.
— des Nebenhodens mit cystischer Degeneration des Hodens (Gluck) 315.
— der Haut, Beitrag zur Therapie des (Lassar) 315. 348. 534.
— der Brustwarze, Primäres (Mandry) 348.
—, Inokulabilität des (Moreau) 349.
—, Parasitismus des (Pfeiffer) 349.
— penis, Beitrag zur Prognose des (Brüning) 478.
— Behandlung, Neue (Carpenter) 243.
— der Seemanshaut (Unna) 512.
— der mammilla, Ein primäres (Weil) 535.
— zur Reaktion der (Adamkiewicz) 536.
Carcinomepithelien, Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der (Unna) 516.
Carcinomgewebe in das Kaninchenhirn, Implantation von frischem (Kopfstein) 535.
—, Parasiten im (Cattle) 537.
Carcinomzellen parasitierenden Sporozoen manifestiert werden, Die Erscheinungen der Metachromasie, welche von den in (Soudakewitsch) 537.
Cellularpathologie, Der heutige Stand der (Heitzmann) 524.
Chalazion, Atiologie des (Parisotti) 411.
—, Beiträge zur Ätiologie und Histologie des (Krause) 574.
—, Spezifische Bacillen des (Deyl) 142.
Charnierobturator 251.
Cheiropompholyx des Gesichts (Raynor) 26.
Chemische Beobachtung, Eine kleine (Vulpius) 183.
Chemischer Verbindungen, Über Lokalreaktion infolge hypodermatischer Einverleibung (Spiegler) 525.
Chirurgisch-bakteriologische Mitteilungen (Schnitzler) 239.
Chirurgische Behandlung, Unguis incarnatus und dessen (Howard) 569.
Chloasma 470. E.-H. 49.
— uterinum 249.
Chloral, Anwendung von (Cutler) 470.
Chlormethyle, Therapeutischer Wert des (Hertmanni I.) 328.
Chloroformgebrauch, Störungen in der Harnsekretion bei (Sironi und Alessandri) 640.
Chlorophenol gegen Erysipel 344.
Cholestearinfette, Liebreichs Nachweis der (Spiegel) 283
Choc en retour 115.
Chondrome der Hand, Über Bau und Entwickelung zweier (Cüppers) 585.
Chorioblastosen und Epidermidosen, Beitrag zur Differenzierung der (Mourek) 366.
Chromatophoren, Innervation der 270.
Chrysarobinpflaster 285.
Chylurie, Zur Lehre von der (Wolff) 42.
Circumcision, Ursprung der (Letourneau) 262.
—, Bemerkung über 30 Fälle von (Trekaki) 44.
Cirrhose der Knäueldrüsen 441.
Citoryctes variolae et vaccinae 110.
Clavus 433. E.-H. 49.
Clavi syphilitici der Palma manus 231.
Clitoris, Nervenendigungen der (Webster) 625.
Clitoridectomie (Becker) 257.
Coccidien 26. 243. 349.
Colles' Gesetz 117.
Colloidmilium 473.
Collum uteri, Rigidität des (Maygrier) 578.
Combustio E.-H. 34.
Comedo E.-H. 27.
— nach Variola confluens, Abnorme Entwickelung von (de Coquet) 339.
Condyloma acuminatum E.-H. 49.
— an den Genitalien durch Applikation von Karbolsäure, Über die Behandlung von spitzen (Derville) 584.
Congelatio E.-H. 34.
Copaivabalsam, Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des (Martens) 286.
Cornua cutanea 433 E.-H. 49.
— cutanea syphilitica 475.
— ungualia (Hallopeau) 169.
Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe (Meifsels) 298.
Corpora cavernosa, Tertiär-syphilitische Affektionen der 148.
Cutis anserina E. H. 27.
— laxa E. H. 58.
Cyanose 108.
Cylinder im Harn und der Spiralfäden im Auswurf, Zur Entstehungsweise der gewundenen (Senator) 478.
Cysten E.-H. 53.
—, Gashaltige (Büdinger) 242.

Cysticercus E.-H. 53.
Cystische Tumoren an der Blase, Über die Pathologie der (Targelt) 590.
— Hautepitheliom, Gutartiges multiples (Fordyce) 473.
Cystitis, Bakteriologische Studie über (Morelle) 42.
—, Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der (Barlow) 98. 322.
—, Chemische 98.
—, Bacillogene 98.
—, Kokkogene 98.
—, Zur Ätiologie der (Müller) 210.
— tuberculosa 260.
—, Ätiologie der (Wreden) 542.
—, Behandlung der 255. 286. 288. 328.
Cystoskopische Instrumente, Neuere (Zuckerkandl) 251.
Cystotomia suprapubica (Fort) 209.

Dactylitis syphilitica 93.
Dariersche Krankheit, s. Psorospermosis follicularis vegetans.
Darmneurasthenie (Peyer) 261.
Dauerkatheter nach interner Urethrotomie, Indikationen und Kontraindikationen des (Bordas und Wickham) 298.
Deckgläser auf die Haltbarkeit mikroskopischer Objekte, Über den Einfluſs des Glases der Objektträger und der (Weber) 523.
Decubitus acutus E.-H. 58.
Degeneration, Ballonierende 83.
Dehnbarkeit der Haut am Ellenbogen, Fall extremer (Virchow) 281.
Dementia paralytica, Syphilis und 633.
Dermatalgie (Elliot) 592.
Dermatitis 107. 621.
— exfoliativa infantum E.-H. 34.
— nach Sublimatwaschungen 169.
— bullosa chronica (Hallopeau) 169.
— medicamentosa nach Jodoform, Jodkalium und Aristol (Holsten) 184.
— pustulosa chronica 475.
— durch Dermatol, Über (Matheus) 571.
— traumatica E.-H. 34.
— caustica E.-H. 34.
— calorica E.-H. 34.
— haemorrhagica E.-H. 34.
— papillomatosa E.-H. 34.
— durch Tinct. cantharidum 4.
— exfoliativa E.-H. 34.
— repens (Holsten) 28.
— herpetiformis E.-H. 34.
Dermatol 552.
Dermatol-Dermatitis, Über (Matheus) 571.
Dermatologie, Wie sollen wir — lehren? (Fox) 471.
— und Syphilis, Katalog für 160.
—, Über den Stand un die Ziele der (Lassar) 514.
Dermatologie, Über das Wachstum der (Jamieson) 619.
Dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebrascher) Basis (Jefsner) E.-H.
Dermatologische und syphilidologische Praxis an den Pariser Hospitälern (Lefert) 279.
Dermatospasmus E.-H. 27. 28.
Dermatomykosis E.-H. 34.
—, Eine eigentümliche (Neebe) 559.
— circinata manus 475.
Dermatomyositis, Über akute multiple (Senator) 533.
Dermitis sycosiformis atrophica 539.
Dermographismus 107. 171.
Dermoid 199.
— und Teratome des Hodens (Heinen) 256.
Dermoidcyste des Mediastinums, Abtragung einer (Bastianelli) 352.
— des Testikels (Clark) 560.
Dermoidcysten und kongenitale Fisteln der Regio sacrococcygea, Über die (Nicaise) 589.
Dermoidcyste, ins Rectum entleert, Haarlocken aus einer (Jardine) 589.
Detrusor, Parese, Paralyse und Atonie des 43.
Diabetische Ausschlagsformen an den männlichen Geschlechtsteilen (Fournier) 184.
Diagnose, Fall zur (Robinson) 513.
Diapedesis 55.
Diaphtherin, Versuche über die antibakterielle Wirkung des (Rohrer) 183.
Diathesis haemorrhagica 52. 105. 305.
Diffuse Phlegmone E.-H. 34.
Dilatation der Harnblase, kombiniert mit mehrfachen Mifsbildungen, Hochgradige kongenitale (Loewy) 591.
Dilatatorien für die Urethra 394.
Diplococcus exanthematicus 335.
Dünndarmgeschwüre und Strikturen, Syphilitische (Homén) 293.
Dynie 107.
Dysidrosis E.-H. 34. 41.
— des Gesichts (Raynor) 26.
—, Über (Behrend) 404.
Dystrophia muscularis 239.
Dysuria senilis (Afsmuth) 255.

Eczema 170. E.-H. 34.
— ? Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut (Kulisch) 1. 62.
— mit Asthma 460.
— der Ohrmuschel, Über die Behandlung des (Chatellier) 531.
— mit Urticaria als Komplikation, Fall von (Cantrell) 531.

Eccema ex hyperidrosi 405.
— mycoticum flexurarum E.-H. 34.
— palpebrale (Troussart) 336.
— artificiale 2.
— chronicum 470. 509; — Verhalten der elastischen Fasern bei 96.
— varicosum 506.
— ani 506.
— subacutum 509.
— acutum 509.
— intertrigo, Behandlung des 493.
— traumaticum 171.
— toxicum 171.
— verrucosum 131.
— acutum der Unterlippe (Katacheilitis der Schnitter) 151.
— acutum vesiculosum, Äufserliche Behandlung des (Duhring) 238.
— pustulosum 509.
— rhagadiforme 509.
— vesiculosum 509.
— impetiginosum 509.
— rubrum 509.
— marginatum 470. E.-H. 34.
Eccema seborrhoicum 169. 171. 215. 350. E.-H. 38.
— der Lippen (Holsten) 90.
—, Akute Formen des (Audry) 151; — Diagnose und Behandlung des (Bulkley) 336.
—, Histologie einer Phase des (Elliot) 532.
Eccembehandlung 182. 489. 507. 558; —, Moderne (Piffard) 137; — mit Gallanol 329 337.
Eccematöser, Ptomain aus dem Urin (Griffiths) 335.
Eccemin 335.
Ecchymosen 52.
Echinococcus E.-H. 53.
Ectopia vesicae urinariae 255.
Eiter und die pathogene Bedeutung des Bacillus pyocyaneus, Über grünen (Schimmelbusch) 174.
Eitererreger, Abscesse bedingt durch seltenere (Schnitzler) 239.
Eiterung und Erysipel (Marfan) 344.
Eiweifs und Harzsubstanzen im Harn, Unbrauchbarkeit der Salpetersäure-Alkoholprobe, Zur Differentialdiagnose zwischen (Alexander) 253.
Eiweifsreaktion im Harne, nebst Bemerkungen über Eiweifsausscheidung bei Gesunden, Weitere Mitteilungen über empfindliche (Spiegler) 41.
Ekthyma bei Syphilis 25.
—, Behandlung mit Oleum phenolicum 155.
— Vidal (Unna) 511.
Elastische Fasern, Über die (Riehl) 469.
— bei pathologischen Zuständen der Haut, Verhalten der (du Mesnil) 95.
Elastischen Gewebes bei fibrösen Neubildungen der Haut, Beitrag zum Studium des (Soffiantini) 525.
Elektrischer Universalapparat (Thorner) 112.
Elektrolyse, Instrumente zur 394.
— bei Urethralstrikturen (Goerl) 394; (Tuffier) 543.
— gegen Hypertrichosis (Leviseur) 111; — und Trichiasis (Ciarrocchi) 112.
— gegen Naevus (Fox) 589.
Elephantiasis E.-H. 49.
—, Fall von (Guyot) 154.
— congenita (Moncorvo) 343.
—, Über das Verhalten der glatten Muskelfasern und der Mastzellen bei (Ammer) 637.
— der Clitoris 257.
— consecutiva 470.
— durch Stauung, Elastische Fasern bei 96.
— universalis bei einem siebenmonatlichen Foetus (Bode) 637.
— führte, Fall von zirkulärer Umschnürung des Penis, die zur (Shepherd) 472.
— syphilitica der Lippen (Eichhorst) 295.
Elephantiasis Arabum 150. 525.
— neuromatodes 249.
— infolge einer Neuritis ascendens (Simon) 239.
Emol (Squire) 621.
Emphysem der Haut, Ätiologie des (Silberstein) 94.
Empyem der Highmorshöhle, Syphilitisches 267. 617.
Endarteritis et Phlebitis obliterans 296.
Endemische Beulen E.-H. 34.
Endoskop, Vervollkommnetes (Otis) 252.
Endoskopie 394.
Endoskopischer Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoskops in die hintere Harnröhre, Neuer (Goldenberg) 251.
Endotheliome der Haut, Über die (Braun) 585.
Entwickelungsgeschichte und Anatomie, Ergebnisse der (Merkel und Bonnet) 623.
Entzündung, Über die (Schrakamp) 280.
—, Wo steckt das erste Glied der (Schrakamp) 280.
— der Schweifsdrüsen E.-H. 34; — der Talgdrüsen E.-H. 34; — der Nägel E.-H. 34.
—, Historisches und kritisches über die Lehre von der (Ziegler) 175.
Enuresis nocturna (White) 256.
Eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter (Epstein) 403.
Epidermidosen E.-H. 17.
— und Chorioblastosen, Beitrag zur Differenzierung der (Mourek) 366.

Epidermin in der Dermatotherapie 283.
Epidermiscysten bei Pemphigus (Quinquaud) 169.
Epidermolysis congenita E.-H. 34. 40.
— bullosa hereditaria, Über (Herzfeld) 572.
Epididymitis 212. 264. 479.
— syphilitica 218.
— -Behandlung 288. 494.
— mit völliger Erhaltung des Organs, Ausheilung einer in Abscedierung übergegangenen (Berg) 615.
Epiglottis, Syphilis der 580.
Epiphysen - Diaphysen - Erkrankung bei Syphilis congenita (Wahl) 579.
Epispadie 255.
— beim Manne (Simon) 256.
Epithelcysten der Finger, Über traumatische (Garrè) 518.
Epithelialcellulom, Cystisches 473.
Epithelioma 103. 131. 178.
—, Coccidien bei 26.
—, Parasitismus und Zellentwickelung im (Borrel) 34; (Pfeiffer) 349.
—, Zur Frage der Heilbarkeit der (Lassar) 35. 534.
—, Heilung der oberflächlichen (Darier) 169.
— an den Beinen eines Huhnes (Clarke) 196.
—, Inokulabilität des Krebses und des (Moreau) 349.
— der Haut, Multiples gutartiges cystisches (Fordyce) 473.
—, Benignes cystisches 473.
— auf der Oberlippe eines Knaben (Gangolphe) 537.
— -Behandlung 315.
— papillare des Gliedes (Darier) 89.
— molluscum E.-H. 49.
— folliculare E.-H. 49.
Epithelioma contagiosum 197. 243. 470; (Rieder) 248.
—, Coccidien bei 26.
—, Über den Parasiten des (Mangano) 584.
Epithelurie 147. 201.
Ephelis E.-H. 49.
—, Schälmethode bei (van Hoorn) 36;
Ephidrosis unius lateris 349.
— cruenta (Anderson und Jack) 350.
Erblichkeit, Über (Charrin und Gley) 279.
Erfrierungen 509.
Erysipelas 280. 470; E.-H. 34.
—, Komplikation mit Meningitis acuta (Leidecker) 156.
—, Heilung eines Ulcus rodens durch (Apolant) 316. 348.
— und Eiterung (Marfan) 344.
— faciei (Juhel-Rénoy) 344.
—, Rheumatische Arthritis bei (Richardière) 345.
Erysipelas-Behandlung (Kolaczek) 345; (Schuerhoff) 156; — mittelst Chlorophenol und Bromophenol (Tchourilow) 344; — mit Ichthyol (Hallopeau) 345; — mit kalten Bädern (Legendre und Beaussenat) 345.
Erysipelkokken E.-H. 9.
Erysipel-Inokulationen, Behandlung der malignen Tumoren mit (Coley) 537.
Erythema 311.
— scarlatiniforme desquamativum mit protrahiertem Verlaufe (Török) 96.
— toxicum 170.
— multiforme, Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des (Finger) 318.
— und Urticaria (Smith) 621.
—, Bemerkungen über einige infektiöse (Hutinel) 635.
— papulatum 319.
— infectiosum (Hutinel) 342.
— exsudativum multiforme 406; E.-H. 30. 34.
— bullosum vegetans 406.
— multiforme universale, Fall von (Fordyce) 513.
— simplex E.-H. 29. 36.
— nodosum E.-H. 30. 34.
— artificiale 507.
— gyratum perstans 475.
Erythrasma E.-H. 34.
Erythrodermie, Exfoliative 97.
Erythromelalgie, Fall von (Weifs) 317.
Essigsäuretrübung im Urin, Diagnostische Bedeutung der (Kahane) 94.
Europhen auf Grund der bisher erschienenen Litteratur, Therapeutische Verwertbarkeit des (Eichhoff) 312.
—, Erfahrungen mit (Oefelein und Neuberger) 407. 552.
—, Heilung der Lepra durch 188.
Europhen-Wundbehandlung, Beiträge zur (Trnka) 527.
Europhenwirkung auf die Tuberkelbacillen (Christmann) 143.
Exfoliatio areata linguae 530.

Fabiana imbricata, Mittel gegen Krankheiten der Harnorgane (Friedländer) 288.
Facettierwerke, Nachteile der (Wollner) 383.
Färbung der Haut und Schleimhaut, Abnorme 475.
Farbenwechsel der Haare E.-H. 49.
Fasern, Über die elastischen (Riehl) 469.
Favus 89. 150. 462; E.-H. 34.
— der Kopfhaut (Holsten) 27.
—, Pilze des 462; —, Untersuchungen über (Biro) 564.

Favus de l'homme de la poule et du chien (Sabrazès) 475.
—, Kontagiosität und Prophylaxe des (Sabrazès) 539.
— generalisatus (Legludic) 39.
— -Behandlung, Neue Methode Peronis in der (Massazza) 205; (Reale) 206; (Giovannini) 206.
Favusinfektion durch Tiere (Sherwell) 541.
Favusstudien, II. Teil (Jefsner) 539.
Ferments nitreux 90.
Fett, Zur Kenntnis des osmierten (Solger) 524.
Fibrinfärbungsmethode, Über einige Resultate einer Modifikation der Weigertschen (Beneke) 524.
Fibringehalt des Blutes der Leprakranken (Rake) 188.
Fibrinoide Metamorphose 6.
Fibrokeratom 377.
Fibröse Neubildungen der Haut, Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei (Soffiantini) 525.
Fibroma 196. 249. 376. 470; E.-H. 53.
— der Haut von enormen Dimensionen (Desguin) 36.
— am Kuheuter, Papilläre (Reeker) 36.
—, Multiple kongenitale (Hasselbeck) 200; —, multiple, der Haut (Kohtz) 245.
— der Bauchdecken, Beitrag zur Histologie der (Runck) 245.
Fibroma molluscum, Psorospermose der Haut und Pagetsche Krankkeit (Mansurow) 512.
Filaria sanguinis beim Frosche; Entdeckung des Männchens (de Nabias und Sabrazès) 159.
Fischschuppenmann 339.
Fissuren der Zunge 160.
Fisteln der Regio sacro-coccygea, Über die Dermoidcysten und kongenitalen (Nicaise) 589.
Fliegendes Ödem E.-H. 29.
Folliculitis 343.
— circinata 90.
— agminata des Menschen und deren Übertragung durch Tiere, Studie über die (Sabouraud) 635.
— glandularis gonorrhoica (Molinié) 643.
—, Behandlung der 182.
— barbae E.-H. 34.
— exulcerans E.-H. 34.
Framboësie E.-H. 34.
—, Postmortale Befunde bei (Rake) 346.
Frostbeule, s. Pernio.
Fürther Industriezweige und deren Schattenseiten (Wollner) 383.
Furunkel E.-H. 34.
Furunkulose 170.
Furunkulose auf der hemiplegisch gelähmten Gesichtshälfte (Mattignon) 340.
—, Antiseptische Behandlung der (Gurin) 240.

Gallanol (Cazeneuve) 329. 337.
Gangraena 158; (Manteuffel) 587.
— diabetica E.-H. 58.
—, Fall von spontaner (Singer) 38; (Zeller) 134.
— symmetrica 107; E.-H. 58. (Giersbach) 107; (Dardignac) 236; (Koester) 586.
— und Simulation bei Hysterie (Singer) 587.
— multiplex cachecticorum E.-H. 58.
— embolica, Zur Kasuistik der (Bally) 107.
— penis mit nachfolgender Plasik (Körte) 298.
— der Lidhaut, Zwei Fälle bilateraler (Mitvalsky) 342.
— senilis E.-H. 58.
Gangränöse Gingivitis 172.
Gascyste (Büdinger) 242.
Gasphlegmone (Fränkel) 241. 567.
Gehirnsyphilis (Buck) 194; (Cnopf) 194; (Bitot) 194; (Hjelman) 195; (Maragliano) 416; (Tarnowski) 512.
Gehörorgan, Über die syphilitischen Affektionen des (Bocke) 630.
Genitalapparat und seinen Adnexen, Lokalisation der Parotitis im (Comby) 208.
Genitalien, Mifsbildung der weiblichen (Kochenburger) 255.
—, Zur Kenntnis der Hypoplasie der männlichen (Kurtz) 256.
— durch Applikation von Karbolsäure, Über die Behandlung von spitzen Kondylomen an den (Derville) 584.
—, Defekt der inneren (Mandl) 206.
Genitalleiden, Über Magenaffektionen bei männlichen (Peyer) 565.
Geschlechtskranke Kassenmitglieder, Zur Behandlung der (Ledermann) 262.
Geschlechtskrankheiten bei der Arbeiterbevölkerung von Paris, Über das spärliche Vorkommen von (Fiaux) 644.
Geschlechtsorgane, Die Behandlung der Vegetation der weiblichen (d'Aulinay) 543.
Gesichtserysipel (Juhel-Rénoy) 344.
—, Kontagiosität des (Gendre) 534.
Geschwür, s. Ulcus.
Geschwülste der Haut, Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der (Unna) 102.
Geschwulst an der linken Seite des Palatum durum (Lewin) 618.
Geschwulstartige Bildungen der Haut, Multiple benigne 475.

Gewerbeargyrie 320.
Gewerbefärbung E.-H. 49.
Giftdrüsen der Amphibien 173.
Gingivitis gangraenosa bei Erwachsenen, Idiopathische (Richards) 172
Glaucoma syphiliticum (Samelson) 215.
Glossite exfoliatrice marginée 530.
Glossitis, Sklerosierende 33.
— syphilitica 231.
Glossy Skin E.-H. 58.
Glykosurie, Antipyrin gegen 254.
Gonokokken 395.
— beruhenden Periurethralabscesse, Die auf (Welander) 213.
— in ihren Beziehungen zur Gonorrhoe des Weibes (Crockett) 214.
— und Pseudogonokokken (Hogge) 642.
Gonorrhoe acuta, s. Blennorrhagia.
— chronica, s. Blennorrhoea.
Gonorrhoisch s. Blennorrhoisch.
Granulationsgeschwülste der Haut, Anatomischer Bau einiger (Philippson) 178.
Granulome E.-H. 22.
—, Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der (Unna) 102.
Granuloma fungoides 103 279. 470. 514; E. H. 34.
—, Bemerkungen über einen Fall von (Jamisson und Leith) 157.
—, Mikrokokken in dem Blute bei (Vidal) 346.
Gregarinen bei Epithelioma contagiosum 26; — bei Carcinom 349.
Grippe, Orchitis bei (Fiefsinger) 299.
Gummata 148.
— vor dem Chiasma nervi optici (Führer) 193.
— des Gehirns (Buck) 194.
— der Lunge mit dadurch bedingter intrauteriner Pericarditis exsudativa, Selten grofses (Wanitschke) 195.
— des harten Gaumens 231. 267.
— des Weibes 528.
— der Iris (Holsten) 133.
Gummigeschwür auf der Schleimhaut des Oberlides (Silex) 147.
Gummöse Affektionen in atrophischer Greisenhaut (Ledermann) 230.
— Erkrankung der weiblichen Brustwarze 564.
— Syphilis 32.
Gutartige Tumoren, s. Tumoren.

Haare, Überflüssige, s. Hypertrichosis.
— und Hautsinnesorgane? Besteht eine Beziehung zwischen (Leydig) 325.
—, Bemerkung über den Ursprung der (Weber) 173.
Haarhypertrophien 282.
Haarschwund, s. Alopecia.
Haarwechsels bei Embryonen und Neugeborenen, Beiträge zur Kenntnis des (Garcia) 624.
Haarwuchs, Einfluſs des Kantharidins auf den 8.
Hämatologische Mitteilungen (Felsenthal) 178.
Haemathidrosis E.-H. 27.
Haematoma vulvae et vaginae (Warszawski) 236; (Georgii) 258.
Hämaturie 640; (Verhoogen) 207.
— und Hämoglobinurie nach Blutserum-injektionen 383.
— bei einem 11jährigen Mädchen, Fall von periodischer (Filatow) 298.
Hämochromometrie im Verlaufe und bei der Behandlung der Syphilis (Falcone) 633.
Hämophilie 52; E.-H. 29; (Moses) 331.
—, Blutstillung bei (Manteufel) 568.
Hämorrhagien der Haut 170 250. 319. 525; E.-H. 29.
— durch Arrosion (Neetzke) 281.
—, Beitrag zur Kenntnis der (Sack) 49. 305. 607.
Hämorrhagische Infektionen 105.
Hämorrhoiden, Operative Behandlung der (Sendler) 587.
Hämosporidien 349.
Hämotherapie der Syphilis 128. 382. 414.
Harn, s. Urin.
Harnblasenmastdarmverletzung, Heilung einer (Hensgen) 640.
Harncylinder und der Spiralfäden im Auswurf, Zur Entstehung der gewundenen (Senator) 478.
Harnfarbstoffe 252, —, Beitrag zur Lehre der (Rosin) 206.
Harninfiltration, Harnabscefs, Harnfisteln (Mendelsohn) 207.
Harnorgane, Fabiana imbricata gegen Krankheiten der (Friedländer) 288.
Harnröhre, s. Urethra.
Harnrosa 206.
Harnsäuresteine, Erzeugung künstlicher 44.
Harnsekretion bei Chloroformgebrauch, Störungen in der (Sironi und Alessandri) 640.
Harnträufeln 208.
Harnuntersuchung, sowie über einige neue Harnuntersuchungsmethoden, Die Zentrifuge im Dienste der (Jolles) 250.
— und ihre diagnostische Verwerfung (Schürmayer) 33.
Harnverhaltung, s. Retentio.
Harnwege, Experimenteller Beitrag zur Frage von der Antiseptik bei der Behandlung chirurgischer Krankheiten der (Krogius und Chydenius) 261.
Haut, Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der (du Mesnil) 95.
—, Wasserabgabe durch die 103.

Haut, Raumsinn der (Levy) 172.
—, Hydrargyrose der (Fournier und Gaston) 168.
—, Fall von extremer Dehnbarkeit der (Virchow) 281.
—, Resorption der (Schum) 325; — von Vaseline (v. Sobieranski) 326.
—, Kohlensäure und Wasserausscheidung bei Temperaturen zwischen 30° und 39° (Schierbeck) 326.
—, Blasenbildende Krankheiten der (Köbner) 405.
—, Spröde 558.
—, Entzündliche Prozesse der, E.-H., 22.
—, Über die Endotheliome der (Braun) 585.
— des Neger-Foetus (Thomson) 624.
Hautatrophie, Fall von umschriebener idiopathischer (Taylor) 471.
Hautausschläge und psychische Störungen (v. Broekere) 282.
Hautbeschmutzung von Kranken mit Bakterien (Nikolski) 526.
Hautbildungen, Multiple geschwulstartige, benigne 475.
Hautblutung, s. Hämorrhagie.
Hautdrüsen der Amphibien (Heidenhayn) 173.
Hautdrüsen, Das Verhältnis der Milchdrüse zu den (Benda) 520.
— einiger Amphibien, Über die (Seeck) 624.
Hautemphysem, Ätiologie des (Silberstein) 94; (Fränkel) 242. 567; (Büdinger) 242.
Hautentzündungen, Wechselnde Elimination als ursächlicher Faktor bei gewissen (Walsh) 621.
Hautfärbung, Abnorme 475.
Hauthörner am Kuheuter 36.
Hauthypertrophien 282.
Hautkrankheiten, Vorlesungen über (Garden) 31.
—, Neuere Behandlungsmethoden der (Jefsner) 32.
—, Blennorrhagie und Syphilis (Winternitz) 32.
—, Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der (Unna) 102.
— und Syphilis bei den Berbern in Aurès, Verbreitung der (Raynaud) 150.
— und Erkrankungen des Verdauungstractus, Beziehungen zwischen (Pick) 170.
— in Vorlesungen für praktische Ärzte und Studierende, Pathologie und Therapie der (Kaposi) 278.
—, Persistente Stigmata infolge von (Hyde) 282.
—, Behandlung mit Thiol (Laughin) 285; mit Europhen (Eichhoff) 312.
—, Massage bei (Eccles) 621.
Hautkrankheiten einschliefslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik, Kompendium der (Jefsner) 323.
—, Einführung in das Studium der (Pye-Smith) 324.
—, Internationaler Atlas seltener (Unna, Morris, Leloir und Duhring) 474.
— der Musiker (Stern) 571.
—, Die tuberkulösen Affektionen der (Fabry) 573.
Hautkatarrh E.-H. 34.
Hautnarben bei Syphilis (Hyde) 471.
Hautnerven mit Palladiumchlorür, Färbung der (Strauſs) 163.
Hautpflege (Saalfeld) 181.
Hautpigmentation bei sekundärer Syphilis (Fournier) 169.
Hautschienen (Unna und Engman) 481.
Hautschnittwunden, Heilungsvorgänge (Busse) 280.
Hautsinnesorganen und Haaren? Besteht eine Beziehung zwischen (Leydig) 325.
Hautstücke an anderen Körperstellen, Wiederanheilung vollkommen vom Körper getrennter, das ganze Unterhautzell- und Fettgewebe enthaltender (Hirschberg) 179.
Harzsubstanzen im Harn, Unbrauchbarkeit der Salpetersäure-Alkoholprobe zur Differentialdiagnose zwischen Eiweifs und (Alexander) 253.
Hemiplegisch gelähmte Gesichtshälfte, Furunkulose der (Mattignon) 340.
Hepatitis gummosa 25.
Herabsteigen der Hornschicht, Atrophisches 431.
Hermaphroditismus 206.
— virilis transversus 255.
—, Über einen Fall von (Frank) 590.
Herpes 406; E.-H. 34. 39; (Pick) 95. 171.
— iris et circinatus (Pick) 95.
— praeputialis, Behandlung des 407.
— facialis E.-H. 34.
— progenitalis E.-H. 34.
— gestationis E.-H. 34. 41.
— zoster, s. Zoster.
Herzsyphilis 294.
— bei erworbener und ererbter Lues (Mračeк) 274.
— (Curschmann) 630.
—, Beitrag zur pathologischen Anatomie der (Kockel) 630.
Hexanitrodiphenylamin 160.
Hidrosadenitis suppurativa disseminata, Über (Dubreuilh) 534.
Highmorshöhle, Syphilis der 231. 267. 617.
Hirnsyphilis bei einem hereditär nervös und alkoholisch belasteten Individuum (Maragliano) 416.
—, Zur pathologischen Anatomie der (Obermeyer) 580.
—, Über die Augenstörungen bei (Uhthoff) 580.

Histologische Technik, Einige Bemerkungen zur (Nabias und Sabrazès) 523.
Hoden bei Variola vera, Herdförmige, parenchymatöse Entzündung eines kindlichen (Fränkel) 136.
—, Dermoide und Teratome des (Heinen) 256.
—, Nebenhodencarcinom mit cystischer Degeneration des (Gluck) 315.
Hodengumma 33.
Hodenlepra (Hansen) 141.
Hodensyphilis 24; (Carpenter) 579.
Hodentumor, Fungöser (Winfield) 29.
Homologe Hyperpigmentation E.-H. 49.
Hordeolum internum 143.
Hundeblutserum-Injektionen gegen Lupus (Tommasoli) 410.
Hyalin, insbesondere seine Beziehungen zum Kolloid (Ernst) 177.
—, Beziehungen des Keratohyalins zum (Ernst) 177.
Hydradenitis E.-H. 34.
Hydradenome 473.
Hydrargyrose der Haut (Fournier und Gaston) 168.
Hydrargyrum salicylicum, Nephritis nach einer Injektion von 618.
— sozojodolicum in gelöster Form, Antiluetische Kraft des (Merk) 97. 323; — Syphilisbehandlung mit (Eudlitz) 101.
Hydroa (Neuberger) 400; (Peter) 230; —, ungewöhnlicher Fall von (Funk) 265.
— und Schuppenausschlag im Gesicht (Dubreuilh) 185.
— pruriginosa 406.
Hydrocele, Behandlung der 494.
— muliebris (Lethaus) 257.
Hyperaemiae E.-H. 17. 28.
Hyperästhesie E.-H. 27.
Hyperchromie 169.
Hyperidrosis 317; E.-H. 27. 28.
— unius lateris faciei (Kaiser) 349.
— pedum, Behandlung der 493.
Hyperkeratosen der Knäueldrüsengänge (Mibelli) 417.
Hyperkeratosis striata et follicularis 475.
Hyperpigmentationen E.-H. 49.
Hyperthelie 352.
Hypertrichosis E.-H. 44.
— und die Mittel ihrer Entfernung (Squire) 352.
—, Elektrolyse gegen (Leviseur) 111; (Ciarrocchi) 112.
—, Spina bifida occulta sacro-lumbalis mit (Ribbert) 316.
Hypertrophie der Talgdrüsen E.-H. 49.
— der Schweifsdrüsen E.-H. 49.
Hypnocarpus inebrianus, ein Mittel gegen Lepra, Das Öl des (Daje) 573.
Hypochromie 169.
Hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen, Über Lokalreaktion infolge (Spiegler) 525.
Hypoplasie der männlichen Genitalien, Zur Kenntnis der (Kurtz) 256.
Hypospadie 255.
Hysterie, Über Spontongangrän und Simulation (Singer) 587.
Hystricismus 452.

Ichthyol und seine Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten (Chatelain) 288.
Ichthyosis 442. 507; E.-H. 49.
— hystrix cornea 402. 450.
— linearis 449. 450.
— follicularis 167.
— simplex 452.
— hystrix partialis 450.
— hystrix nigricans 451.
Icterus E.-H. 49.
— bei Syphilis 295.
Idioneurosen E.-H. 17.
Idiopathisches multiples Pigmentsarkom E.-H. 53.
Immunität, Untersuchungen über die hereditäre Übertragung der (Charrin und Gley) 279.
Impetigo 329.
—, Behandlung mit Oleum phenolicum 155.
— herpetiformis 406; E.-H. 34. 41.
— Bockhart E.-H. 34.
— und Pediculi (Dewèvre) 339.
— contagiosa 470; E.-H. 34. 41.
Impotenz, Materialistische Ansicht von der sexuellen (Lewis) 261.
— Ludwig's XVI. (Cabanès) 479.
Incontinentia urinae, Tinct. Rhuis radicantis als Mittel gegen (Saint-Philippe) 43; — Operative Behandlung der (Zuckerkandl) 171.
— bei Hypertrophie der Milz (Bobulescu) 256.
— urethralen Ursprungs beim Weibe, Operative Behandlung der (Himmelfarb) 590.
Indigurie, Antipyrin gegen 254.
Infiltration en nappe 148.
— albumineuse 104.
Influenza-Epidemie in Ägypten (Engel) 623.
Injektionskanüle 394.
Initialsklerose 32. 179. 263.
— mit Perforation (Morton) 93.
— der Oberlippe, Doppelte (Oppenheim) 167; — durch Cigarre (Kirkpatrick) 193.
—, Extragenitale (Siepe) 194; (Gold) 322.
— des Zeigefingers und der Unterlippe (Dubois-Havenith) 294.
—, Behandlung der Syphilis durch Excision der (Guire) 413.
— der Urethra (Brown) 562.

Initialsklerose der Lippe bei Cigarrenarbeiterinnen (Gottheil) 628.
— der Bauchwand (Schnabel) 628.
—, Behandlung der 182.
Inokulationslupus 410; (Stachow) 143; (Corlett, Gramm) 574.
Instrumente, Neuere cystoskopische (Zuckerkandl) 251.
Internationaler medizinischer Kongrefs zu Rom 112.
Inunktionskur, Vereinfachte Form der 526.
Inversio vesicae urinariae cum prolapsu per urethram (Pilgram) 255.
Joddermatitis, Beitrag zur Histologie der (Engman) 353.
Jodkalium in der besseren Praxis, Verordnung des (Fournier) 285.
—, Dermatitis medicamentosa nach (Holsten) 184.
Jodkaliumexanthem (Winfield) 27.
Jodödem, Bemerkungen über das akute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des (Avellis) 106.
Jodoform, Prophylaxis gegen Blennorrhoe der Neugeborenen durch (Valude) 643.
—, Beitrag zum chemischen Verhalten des (Müller) 182.
—, Reizung durch lokale Anwendung von (Cantrell) 183.
—, Dermatitis medicamentosa nach (Holsten) 184.
Jodoformdermatitis 558.
Jodrubidium, Über (Leistikow) 509.
Jodtinktur, Anwendung von (Cutler) 470.
Irisgumma (Holsten) 133.
Irrigationscystoskop 251.
Ischämie, Über (Weifs) 281.
Ischuria nervosa 43.

Kälte auf verschiedene Gewebe, Über die Wirkung der (Uschinsky) 525.
Kahlheit, s. Alopecia.
Kalium chloricum und Mundpflege (Unna) 466.
Kalomelöl-Einspritzungen gegen Syphilis (Navarre) 144.
Kampferpflaster 284.
Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme? Sind die durch (Kulisch) 1. 62.
Kapillarblutungen 56.
Karbolsäure, Anwendung von (Cutler) 470.
Karbunkel E.-H. 34.
— der Unterlippe, Zwei Fälle von (Hansen) 344.
—, Abortive Behandlung der (Barker) 534.
Karunkel der Urethra des Weibes 394.
Kassenmitglieder, Zur Behandlung geschlechtskranker (Ledermann) 262.
Katacheilitis der Schnitter (Colombini) 151.
Katheter, Sterilisation der 99.
Katheterismus, Länge der Urethra beim Erwachsenen vom Gesichtspunkte des (Fort) 42.
— der Harnröhre (Suemegh) 44.
— posterior (Köhler) 258.
Katheterstückes auf endoskopischem Wege, Über die Entfernung eines abgebrochenen (Loewenhardt) 640.
Kavernöses Angiom (Peter) 24.
Kavernom, Drei Fälle von (Gleich) 316.
Kavernombildung, Ausgedehnte (Maafs) 537.
Keloid 525; E.-H. 53; (Welander) 200.
—, Behandlung mit Kreosotölinjektionen (Marie) 200.
— auf der Kopfhaut eines vierjährigen Knaben (Leviseur) 247.
—, Bemerkenswerter Fall von Bildung von (Taylor) 248.
— mittelst subkutaner Einspritzungen von Kreosotöl, Die Behandlung des (Marie) 584.
— der Urethra (Minges) 38.
Keratodermia 447.
— symmetrica erythematosa 447. 475.
Keratohyalin zum Hyalin, Beziehungen des (Ernst) 177.
Keratoma plantare et palmare 377. 431; — infolge von Arsenikgebrauch (Boeck) 184.
Keratosis follicularis contagiosa 475.
— follicularis (Darier) E.-H. 49.
— und Lichen ruber (Lassar) 166.
— linearis systematisata 453.
— pilaris 457.
— palmaris specialis 453.
Kerion Celsi 90.
Klauen- und Maulseuche beim Menschen 406; (Boas) 268.
Knochenveränderungen bei Syphilis hereditaria tarda, Studie über die Lokalisation der (Gangolphe) 578.
Knäueldrüsengänge (Porokeratosis), Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der (Mibelli) 417.
Kochendes Wasser gegen ulcerierte lokale Tuberkulose (Jeannel) 290.
Kochsche Lymphe, s. Tuberkulin.
Körnige Ränder 6.
Körperflüssigkeiten, Relativer Salzgehalt der (Harnack) 173.
Kohlensäureausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30° und 39° (Schierbeck) 326.
Kolloid, Beziehungen des Hyalins zum (Ernst) 177.
Kolloidmilium, Fall von (Fox) 513.
Konstitutionskrankheiten, Lehrbuch der (Hoffmann) 100.
Kopaivharze im Harn 253.

Kosmetik, Kompendium der Hautkrankheiten, einschliefslich der Syphilide und einer kurzen (Jessner) 323.
Kratzeffekte 507.
Kraurosis vulvae (Bartels) 257; E.-H. 58.
Kreolin 180.
Kreosot 180.
—, Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des (Friedheim) 518.
Kresole in ihrer Anwendung als Antiseptica (Gruber) 183.
Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen Ekzeme? Sind die durch (Kulisch) 1. 62.
Krustenausschlag im Verlaufe einer Blennorrhagie (Vidal) 46.
Kuheuter, Enorme Neubildungen am (Reeker) 36.
Kuhlymphe, Zur Bakteriologie der 236.

Läuse, s. Pediculi.
Lammbluttransfusionen bei Syphilis (Kallmann) 382.
Landkartenzunge, s. Lingua geographica.
Lanolinnachweis, Liebreichs 283.
Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödems, Bemerkungen über das akute primäre (Avellis) 106.
Larynxsyphilis 397.
—, Sekundäre (Gouguenheim) 629.
Leberatrophie bei Syphilis 295.
Lebercirrhose, Syphilitische (Ivers) 193.
Leichentuberkel 100.
Leiste, Typische Ausräumung der (Lauenstein) 241.
Leisten, Die auf der Fingerbeere sichtbaren, durch die Papillen bedingten (Gaston) 625.
Lentigo E.-H. 34.
Lepra 122. 150. 179. 262. 346. 489. 531; E.-H. 34; (Lott) 93; (Allen) 139.
— in Frankreich (Zambaco) 88.
— mit vielfachen Lokalisationen in den Nerven, Zweiter Bericht über einen akuten Anfall von (Hallopeau und Jeanselme) 89.
— anaesthetica, insbesondere des Rückenmarks, Beitrag zur pathologischen Anatomie der (Looft) 140. 141; — Fall von (Winfield) 186.
—, Bekämpfung der 139.
— in Rumänien (Kalindero) 140; — in Rufsland (Marsden) 140; — in Bochara 140.
— nervorum 141; — Wirkung des Tuberkulins bei (Straufs) 529.
—, Wert der bakteriologischen Untersuchung bei der Diagnose abnormer Fälle von (Pitres) 187.
Lepra tuberosa mit Europhen und Pyoktanin, Behandlung und Heilung der (Goldschmidt) 188.
—, Präparate von (Nonne) 269.
— und seine Ursachen, Das Wiedererwachen der (Tebb) 277.
— in der fünften Generation, Immunität gegen (Ashmead) 408.
—, Wert chirurgischer Eingriffe bei (Rake) 409.
— vor? Kommen in Gegenden, die für leprafrei gelten, namentlich im Norden von Frankreich und Paris, Spuren der früheren (Leloir) 409.
— heilbar? Ist (Fox) 473.
—, Übertragung auf Tiere (Tedeschi) 572.
—, Über Veränderungen der Muskeln und Sehnen bei (Wankow) 573.
—, Das Öl des Hypnocarpus inebrianus, ein Mittel gegen (Daji) 573.
— und der Tuberkulose mit Blut von Tieren, die gegen die Tuberkulose immun gemacht worden waren, Behandlung der (Babes) 575.
— (Zaraath) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes (Münch) 622.
Leprabacillus 140. 141. 142. 270. (Campana) 409.
—, Zusammenfassender Bericht über den Stand unserer Kenntnisse des (Wolters) 186.
—, Inokulation und Züchtung aufserhalb des Organismus (Holst) 142.
—, Untersuchung der Kirchhofserde auf 141.
— ähnlichen, bei Kulturversuchen mit Knötchen von Lepra tuberosa sich entwickelnden Mikroorganismus, Weiteres über einen dem (Campana) 186.
Leprabehandlung mit Petroleum 140; — Resultate der Tuberkulinbehandlung bei verschiedenen Formen der Lepra (Kalindero und Babes) 141.
Leprakranke, Reise im Schlitten und im Sattel zu den ausgestofsenen sibirischen (Marsden) 188.
Leprastudien (Kaurin) 141
Lepröse Ophthalmie (Halanicki) 289.
Leprösen, Versorgung der (Petersen) 512.
—, Gesetz vom 6. Juni 1885 von der Isolierung der (Kaurin) 142.
—, Fibringehalt in dem Blute der (Rake) 188.
Leptothrix, Pharyngomykosis durch (Stern) 241.
Leukämie 100. 135. 347; E.-H. 53.
—, Eine nach Trauma rasch zum Tode führende (Greiwe) 250.
Leukoderma 470.
— syphiliticum 617. 267.

Leukoderma idiopathicum (Karl) 200.
Leukomelanoderma 403.
— syphiliticum 169.
Leukonychia et Leukotrichia 475.
Leukopathie E.-H. 58.
Lex Heinze, Syphilis und Reichsseuchengesetz (Blaschko) 138.
Lichen ruber? Giebt es eine vesikuläre Eruptionsform des (Möller) 156.
— ruber und Lichen pilaris (Lassar) 166; — und Pityriasis pilaris (Galewski) 401.
— ruber acuminatus 152. 156. 166. 279. 401. 446.
— ruber corneus 156. 401.
— ruber moniliformis 156.
— ruber neuroticus 152.
— ruber obtusus 156. 401.
— ruber planus 152. 156. 166. 446. 470. 513; E.-H. 34. 37; (Oppenheim) 167; — der Schleimhäute (Marx) 155; — mit Affektion der Mundschleimhaut, Fall von (Möller) 155; — Behandlung des 492.
— ruber sclerosus 156.
— skrophulosorum (Skrophuloderma) E.-H. 34. 37.
— simplex 182; — Behandlung des 182.
— pilaris, s. Keratosis pilaris.
Lichénoide lingual 529.
Lidekzem, Behandlung des (Troussart) 336.
Lidhaut, Zwei Fälle bilateraler Gangrän der (Mitvalsky) 342.
Lingua geographica, Ein Beitrag zur Kenntnis der (Spehlmann) 529.
Lipome 106. 196; E.-H. 53.
—, Multiple und symmetrische (Bucquoy) 244; — bei einem jungen Mädchen (Dartigolles) 244; — arthritischen Ursprungs und ein lipomatöser Tumor, zwischen falschem und wahrem Lipom schwankend (Desnos und Potain) 244.
— der Haut und Finger (Steinheil) 245.
Lippenschanker (Gottheil) 628.
Lithotripsie bei Fettleibigen (Basig) 304.
Lokalreaktion infolge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen, Über (Spiegler) 525.
Losophan, Bakteriologische Studien über (Saalfeld) 401.
—, Studie über (Descottes) 182.
Luftwege, Syphilis der oberen (Seifert) 396.
Lungensyphilis 293. 316. 399.
— mit Autopsie (Abrams) 631.
Lupus 100. 179. 470. 531; E.-H. 34; (Milton) 190.
— exulcerans, Elastische Fasern bei 96.
— sclerosus 100; — Fall von (Sherwell) 133.
— durch Inokulation (Stachow) 143. (Gramm) 574.
Lupus mit Hülfe der Thierschschen Transplantation, Behandlung eines (Göring) 143; (Lang) 190.
— excedens und dessen Behandlung (Thayer) 290.
— durch direkte Übertragung (Plotnikoff) 410.
—, Rhinoplastik wegen (Weinlechner) 410.
— vulgaris nach Berührung mit tuberkulösem Sputum (Corlett) 574.
—, Über Nukleininjektionen bei (Mourek) 575.
— Behandlung 201. 410. 489. (Heidenhain) 270; (Urban) 576.
— mit Tuberkulin und chirurgischen Maßregeln (Morris) 291; (Donelan) 411; — mit Hundeblutserum-Injektionen (Tommasoli) 410.
— der Nase, Ein etwas ungewöhnlicher Fall von (Stelwagon) 471.
— semisclerosus linguae 474.
— des Gesichts und des linken Oberschenkels (Schlepotjew) 513.
— disseminatus (Elliot) 513.
— mit Tuberkulinbehandlung (Kossel) 519.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum 25.
Lupuscarcinom (Pick) 95. 171.
Lymphagoga 176.
Lymphangioma E.-H. 53.
— cavernosum congenitum des Oberarmes (Kiefer) 199.
— tuberosum multiplex 473.
— circumscriptum 474.
Lymphangitis und Lymphadenitis tuberculosa 101.
Lymphcysten, Beitrag zur Kenntnis der (Frank) 199.
Lymphdrüsen bei Syphilis (Zeifsler) 627.
Lymphome E.-H. 53.
Lymphosarcomatosis (Kundrat) 198.
Lysol 180.

Maculae atrophicae bei Morphoea (Duhring) 202.
— caeruleae E.-H. 49.
Madurafufs, s. Mycetoma.
Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden, Über (Peyer) 565.
—, Erytheme bei 170.
Malleus E.-H. 34.
Malum perforans E.-H. 58.
Mamma, Über die chronischen Tumoren der (Bennet) 538.
Mammilla, Ein primäres Carcinom der (Weil) 535.

Massage zur Behandlung der Prurigo (Hatschek) 563.
— bei Hautkrankheiten (Eccles) 621.
Mastdarmharnblasenverletzung, Heilung einer (Hensgen) 640.
Mastdarmstrikturen, Zur Behandlung der narbigen (Credé) 100.
Mastdarmsyphilis, Drei Fälle von (Zeifsl) 581.
Mastzellen bei Elephantiasis 637.
Materne Infektion bei kongenitaler Syphilis 115.
Maul- und Klauenseuche beim Menschen 406; (Boas) 268.
Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten durch Hautschienen, Beitrag zur (Engman und Unna) 481.
— Melanocyten 321.
Melanoderma diffusum 169.
Melanoid 158.
Melanosarkom E.-H. 53.
Melanosis cachectica E. H. 49.
Meningitis acuta, Komplikation des Erysypelas faciei mit (Leidecker) 156.
Menstruation, Vicariierende 350.
Mercurialismus als Ursache der Noma 159.
Merkurbehandlung bei syphilitischen Frauen auf die Nachkommenschaft, Einfluſs der (Etienne) 412.
Messer, Endoskopisches 394.
Metachromasie in Carcinomzellen 537.
Metastase als ursächlicher Faktor bei gewissen Hautentzündungen (Walsh) 621.
Methylenblau zu färben, Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit (Kutner) 254.
Mikroskopischer Objekte, Über den Einfluſs des Glases der Objektträger und der Deckgläser auf die Haltbarkeit (Weber) 523.
Mikrosporidien im Muskelgewebe 349.
Milben im Harne, Nachweis von (Haffter) 640.
Milchdrüse zu den Hautdrüsen, Das Verhältnis der (Benda) 520.
Miliaria E.-H. 40.
Milium E.-H. 28. 53.
Milzbrand 280.
— in der Nürnberger Bürstenindustrie, Experimentelle Studien über (Merkel) 386.
Milzbrandbacillen bei Noma 159.
Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern der Nürnberger Pinselindustrie (Goldschmidt) 385.
Mitteilungen, Therapeutische (Pontoppidan) 101; (Gebert) 211. 581; (Stern) 284.
Molluscum 525.
— pendulum von enormen Dimensionen (Desguin) 36.
— simplex, Beitrag zum Studium des (Pilliet und Mauclaire) 196.
Molluskenkörperchen, Histologie der (Kromayer) 26.
Moorextrakte, Über Bäder mit Mattonis (Fischer) 528.
— in der Gynäkologie (Heitzmann) 528.
— bei Nervenkrankheiten (Weifs) 528.
Morbilli 132. 178; E.-H. 34. 36.
— haemorrhagici 132.
—, Recidiv von (Streng) 237.
— ante partum (Robinson) 334.
— und Röteln, Zur Frage der Identität von (Flatten) 334.
Morbus maculosus 52. 235. 236. 521.
— Addisonii E.-H. 49.
Morphoea mit Maculae atrophicae (Duhring 202.
Morvansche Krankheit 202.
—, Fall von (Schlesinger) 135; (Eisenlohr) 541.
Mucin 177.
Mucinnachweis im Urin 254.
Mundpflege und Kali chlorium (Unna) 466.
Musiker, Hautkrankheiten der (Stern) 571.
Muskelfasern bei Elephantiasis 637.
Mycetoma (Boyce) 637.
— und Aktinomykosis (Kanthack) 158.
Myelitis blennorrhoica 216.
— syphilitica 224.
— interstitialis chronica diffusa 296.
Mykosis fungoides, s. Granuloma fungoides.
Mykotische Dermatosen E.-H. 17.
Myom E.-H. 53.
—, Multiples (Wolters) 275.
Myxödem E.-H. 58; (Buzdugan) 33; (Mendel) 203; (Kraepelin) 203; (Gordinier) 203; (Kühner) 539.
— mittelst der Exothyreopexie (Poncet) 540.
— Behandlung, Über (Vermehren) 204; mit Injektionen von Schilddrüsensaft (Wichmann) 204; (Napier) 205; mit innerlicher Anwendung des Schilddrüsenextraktes (Makenzie) 205; (Rehn) 540.
Myxosarkom des Kopfes, Zehnmalige Operation eines (Büdinger) 135.
Myxom E. H. 53.
Myxosporidien im Muskelgewebe 349.

Naevus 456; (Rofs) 589.
— vascularis, Behandlung mit Sublimatcollodium (Coesfeld) 203.
— verrucosus 246. 453; E.-H. 53; (Saalfeld) 230. 517.
— papillaris 246. 453.
— vascularis mit nachherigem Verschwinden mehrerer derselben, Fall von multiplem (Marshall) 352.
— linearis verrucosus 450. 454; — entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt (Galewski) 402.

Naevus keratoticus systematisatus hemiplegicus 455.
— unius lateris 513.
— über den Fontanellen, Vorschlag zu operativem Verfahren bei erektilem (Sherwell) 473.
— pigmentosus mit Carcinoma melanodes, Fall von schwimmhosenartigem (Thienel) 589.
— des Gesichts, Elektrolytische Entfernung eines ausgedehnten, behaarten (Fox) 589.
— teleangiectoides (flammeus) E.-H. 53.
Nägel, Canities der 475.
Nagelaffektion bei Keratosis pilaris 166.
Nagelhorn (Hallopeau) 169.
Nagelhypertrophie 282.
Nagelmangel, Angeborener (Eichhorst) 112.
Narben 470.
—, Entstellende (Calot) 201.
Nasenscheidewand, Perforierendes Geschwür der knorpeligen (Otto) 239.
Nasensyphilis 293. 396.
Nebenhodencarcinom 315.
Nebennieren, Sympathicus und Morbus Addisonii, Beziehungen zwischen Läsionen der (Barbier) 37.
—. Physiopathologie der (Supino) 104.
Nekrosen 525.
Nelkenöl gegen lokale Tuberkulose (Kanasz) 290.
Neoplasmen E.-H. 18.
Nephritis, Akute und Scabies (Bothezat) 531.
— nach Einspritzung unlöslicher Quecksilbersalze, Schwere 267. 618.
Nerven der Haut mit Palladiumchlorür, Zur Färbung der (Strauſs) 163.
Nervenendigungen der Clitoris und Vulva (Webster) 625.
— der Pacinischen Körperchen (Pianese) 625.
— in Tastkörperchen (Dogiel) 625.
Nervenkrankheiten durch Blennorrhoe 47.
Nervenlepra, Wirkung des Tuberkulins bei (Strauſs) 529.
Nervennaevus 230. 246. 453.
Nervensyphilis 33.
Nervensystem, Zur Technik der Achsencylinderfärbung im zentralen und peripheren (Ströbe) 523.
— und Syphilis (Gowers) 136; (Wood) 137; (Tarnowski) 512.
Nervöse Darmaffektionen bei Neurasthenie 261.
—, Störungen durch gonorrhoische Striktur 33.
Neubildungen am Kuheuter, Enorme (Reeker) 36.
— der Haut, Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei fibrösen (Soffiantini) 525.
Neurasthenie des männlichen Geschlechts, Darmaffektionen bei (Peyer) 261.
Neurininjektionen 104.
Neuritis syphilitischen Ursprungs, Periphere (Fordyce) 632; (Ehrmann) 631.
Neurofibrome 200. 249; E.-H. 53.
Neurome E.-H. 53.
—, Sekundär maligne (Garrè) 249.
Neuropathisches Hautödem, nach Trauma geheilt durch Nervendehnung (Birchner) 329.
— Ödem, s. Ödem.
Neurosarkom 249.
Neurosen E.-H. 18.
Neuritis blennorrhoica 48.
Nierenatrophie, Syphilis und asymmetrische arteriosklerotische (Rasch) 193.
Nierenexstirpation bei Ureteritis (Israel) 477.
Noma 318; E.-H. 58; Über (Bartels) 158.
Nukleäre Degeneration des Protoplasmas 364.
Nukleininjektionen bei Lupus, Über (Mourek) 575.

Oberhaut, Beiträge zur Anatomie und Physiologie der (Löwy) 624.
Objektträger und der Deckgläser auf die Haltbarkeit mikroskopischer Objekte, Über den Einfluſs des Glases der (Weber) 523.
Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoskops in die hintere Harnröhre, Neuer endoskopischer (Goldenberg) 251.
Ochroid 158.
Oedema 106; E.-H. 29.
— neuropathicum, Besondere Form des (Mathieu) 106.
— indurativum 118.
— der Haut, geheilt durch Nervendehnungen 329.
— acutum circumscriptum und Purpura (Bowen) 473.
Oesypus 557.
—, Zinkpaste (Berliner) 407. 504.
Ohrläppchens infolge Durchbohrung desselben, Tumoren des (Lassalle) 538.
Ohrmuschel, Carcinom und Rundzellensarkom der (Sonnenburg) 243.
Onychie E.-H. 34.
Onychoauxis E.-H. 49.
Onychogryphosis 169.
Onychomykosis E.-H. 34.
Onyxis 108.
Ophthalmia leprosa (Halanicki) 289.
— neonatorum, Ätiologie und Prophylaxe der (Seguin) 480.
— neonatorum 216.
Oospora Bollingerii 89.
Orangenfarbe, Blasenziehende 160.

Orchitis 208.
— bei Grippe (Fiefsinger) 299.
— und Parotitis, Prostatitis und Hämoptoë (Comby) 479.
—, Behandlung der 494.
Osmidrosis E.-H. 27.
Osmierten Fettes, Zur Kenntnis des (Solger) 524.
Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique 37.
Otitis syphilitica 219.
Ovariotomie, Urticaria und Tod nach einer (Omori und Ikeda) 569.
Oxalatsteine, Erzeugung künstlicher 44.
Oxalurie, Antipyrin gegen 254.
Oxychinaseptol, s. Diaphtherin.
Ozaena syphilitica (Cartex) 415.
Ozonhaltiges Wasser gegen Syphilis 292.

Pagetsche Krankheit 103. 512.
— der Brustwarze (Dubois-Havenith) 197.
—, Psorospermose der Haut und Fibroma molluscum (Mansurow) 512.
Palladiumchlorür, Färbung der Hautnerven mit (Straufs) 163.
Panaritium, Behandlung des (Schnabel) 154.
Papillen bedingten Leisten, Die auf der Fingerbeere sichtbaren, durch die (Galton) 625.
Papillom 196.
—, Ein Fall von subkutanem (Michaleff) 584.
Papilloma, Ätiologie der (Fabris und Fiocco) 246.
— neuroticum 453; (Kröner) 246.
—, Generalisiertes 453.
Papillomatosis 372.
Paraffinembolie der Lunge bei intramuskulären Quecksilberinjektionen 144.
Paraffinkrebs 512.
Parakeratosis scutularis 475.
Paralyse, Syphilis und allgemeine (Régis) 633.
Paranephritis 207.
Paraplegie, Rückenmarksläsionen bei der syphilitischen 296.
Parasiten, Vorläufige Mitteilung über einen neuen menschlichen (Miyake und Scriba) 543.
Parhidrosis E.-H. 27.
Paronychie 470; E. H. 34.
Parotitis im Genitalapparat und seinen Adnexen, Lokalisation der (Comby) 208.
—, Mikrobion der (Laveran) 270.
— und Orchitis, Prostatitis und Hämoptoë (Comby) 479.
Paterne Infektion bei kongenitaler Syphilis (Bergh) 113.
Pediculi und Impetigo (Dewèvre) 339.
Pelade en aires 40.
— achromateuse 41.
— decalvante 41.
— pseudo-tondente 41.
Peliosis rheumatica (Neebe) 559; (Hertzka) 568.
—, Fall von (Barham) 236.
Pellagra E.-H. 34. 36.
—, Zur Ätiologie der (Kalindero) 330; (Gosio) 330.
Pemphigus 202. 406. 514; (Fuchs) 186.
— mit Epidermiscysten (Quinquaud) 169.
— der Schleimhaut und oberen Luftwege, Diagnose des isolierten (Chiari) 185.
— bei einem Kinde, Fall von syphilitischem (Knight) 632.
— acutus, Beitrag zur Kenntnis des (Bleibtreu) 338.
— neonatorum periumbilicalis (Trautenroth) 154.
— neonatorum syphiliticus (Fest) 193.
— neuroticus (Neuberger) 401.
— foliaceus 202.
— vegetans 406.
— auf syringomyelitischer Basis (Neuberger) 404.
— acutus contagiosus chronicus E.-H. 34. 41.
Pemphigusblasen, Zur Pathogenese der (Kromayer) 515.
Penis, Geschwür am (Winfield) 29.
—, Epithelioma papillare des (Darier) 89.
—, Beitrag zur Kenntnis der tertiärsyphilitischen Affektionen des (Büchler) 147.
—, Galvanokaustische Amputation des (Schick) 259.
—, die zur Elephantiasis führte, Fall von zirkulärer Umschnürung des (Shepherd) 472.
—, Beitrag zur Prognose des Carcinoms des (Brüning) 478.
Penisepitheliom (Sawtelle) 640.
Peniserosionen 553.
Penisgangrän mit nachfolgender Plastik (Körte) 298.
Penishaut, Restitutionstähigkeit der 45.
Perforierendes Geschwür, s. Ulcus perforans.
Pericystitis 639.
Perifollikulitiden des Handrückens, Vereiterte und zu Plaques angeordnete (Dubois-Havenith) 343.
Perinealhaut, Restitutionsfähigkeit der 45.
Perionychia pemphigosa 407.
Periprostatitis 639.
Peritonitis blennorhagica 47.
Periurethralabscesse, die auf Gonokokken beruhenden (Welander) 213.
Periurethritis 639.
Perniosis 108. 407.
—, Unguentum contra 526.
Petechien 52. 547.
Petroleum gegen Lepra 140

Pflaster 284.
Phallotomie 262.
Pharyngomycosis leptothrica (Stern) 241.
Phenosalyl, eine neue antiseptische Mischung (v. Christmas) 328.
Phenylhydrazinprobe zum Nachweis des Zuckers im Harn (Frank) 254.
Phimosis 263.
Phlebitis, Behandlung mit Kreolin 180.
Phlegmone E.-H. 34.
—, Destruierende septische (Intlekofer) 346.
Phlegmone emphysematosa (Fränkel) 242. 567.
Phlyctaenosis aggregata 401.
Phosphaturie, Antipyrin gegen 254.
Phosphor, Die interne Behandlung des Lupus erythematosus mit (Bulkley) 538.
Phosphorsäuregehalt des Urins (Freund) 318.
Photographische Aufnahmen des Blaseninnern (Zuckerkandl) 251.
Pichi, s. Fabiana.
Piedra E.-H. 49.
Pigmentation der Haut, Über Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut (Lewin) 521.
Pigmentationen in der Schwangerschaft 35.
— bei sekundärer Syphilis (Fournier) 169.
— nach Arsenik 249; nach Höllenstein 320.
—, Verminderte 282.
Pigmentbildung 624.
Pigmentmangel E.-H. 58.
Pigmentsyphilid (Taylor) 414.
— der Haut, Behandlung des (Robin) 415.
Pigmentzellen der Choroidea, Über die Formen und die Entwickelung der (Rieke) 624.
—, Innervation der (Ballowitz) 270.
Pillulae anaphrodisiacae 211.
Pinselindustrie, Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern der Nürnberger (Goldschmidt) 385.
Piperazin, Urticaria nach Darreichung von (Bradford) 235.
Pityriasis 205.
— pilaris Devergie 166. 279. E.-H. 49. (Winfield) 91; (van Haren-Noman) 151.
—, Studie über die (Audry) 338; — und Lichen ruber (Galewski) 401.
— des Ohres, und ihre Behandlung, über Albespy) 531.
— linguae 529.
— rosea 515; E.-H. 34.
— rubra E.-H. 34.
— capitis 350.
— maculata et circinata (Raynor) 91; (Morton) 91.
— versicolor 402. 470. 515. E.-H. 34.
Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten, Bedeutung der (Unna) 102.
Plexus Santorinianus, Über die Bedeutung der Erkrankungen des (Englisch) 638.
Pneumococcus, Abscesse durch 240.
—, Purpura durch, 548.
Pocken, s. Variola.
Poches urineuses 207.
Polymastie (Williams) 625.
Polyneuritis blennorrhoica 47.
— mercurialis, Über (Leyden) 577.
Porokeratosis (Mibelli) 417.
Prostata, Krankheiten der Blase und der (Wyman) 276; Klinik der (Guyon) 276.
—, Massage der (Ebermann) 208; (Brandt) 209; (Schlifka) 299.
—, Fall von Totalexstirpation der (Dittel) 469.
—, Senile Hypertrophie der 43. 255. 302;
— mit profusen Blutungen (Massing) 271.
—, Tuberkulose der (Marwedel) 300.
— -Carcinome, Histologie der (Exner) 543.
—, Erkrankungen des Plexus venosus der (Englisch) 638.
Prostataanomalien 261; Antipyrin gegen 254.
Prostatectomia suprapubica (Tuffier) 210.
Prostatitis 208. 403.
— blennorrhagica, Pathologische Anatomie und Klinik der (Finger) 45.
— und Hämoptoë, Parotitis und Orchitis (Comby) 479.
Prostitution 101. 138.
— in Rufsland (Rubin) 139.
— und Syphilis vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege (Blaschko) 277.
—, Venerisch-syphilitische Krankheiten in Bezug auf die Reglemente über die (Fabris) 297.
— die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten? Ist die öffentliche oder geheime (Lang) 387.
Prostitutionsfrage 388.
Protoplasma, Nukleäre Degeneration des 364.
Protozoen 110. 536.
— im Krebs, Parasitäre 560.
Protozoenähnliche Gebilde in Hautsarkomen 347.
Prurigo E.-H. 29. 32. 33.
— -Behandlung 182. 402; — mit Massage (Hatschek) 563.
— der Kinder und ihre Behandlung (Iwanow) 185. 572.
— linguae 529.
Pruritus 506; E.-H 27.
— -Behandlung 182.
— ani, Behandlung des 494.

Pseudodiphtheriebacillen im Chalazion 142.
Pseudogonokokken und Gonokokken (Hogge) 642.
Pseudohermaphroditismus masculinus bei Geschwistern (Nonne) 206.
— internus (Ribbert) 316.
Pseudohypertrophie (Simon) 239.
Pseudoleukämie 100. 347. E.-H. 23.
— mit multiplen sarkomatösen Tumoren (Arning) 136.
Pseudolipom 106. 245.
Pseudoparalysie générale syphilitique 416.
Psoriasis 470; E.-H. 34. 42.
—, Histologisches über einige Fälle von (Mantegazza) 337.
— und Asthma, Über die Beziehungen zwischen (Hölscher) 458.
— -Behandlung 329. 493. 509; (Coffin) 634; — mit Gallanol (Cazeneuve und Rollet) 337.
—, Beitrag zur Histologie der (Piffard) 513. 634.
—, Vierzig Fälle von, behandelt mit Arsenik (Merrill) 635.
Psoriasisfälle, Analysis von tausend (Bulkley) 634.
Psorospermien 197.
—, Erzeugung von Sarkomen durch (Claske) 244.
Psorospermose der Haut, Fibroma molluscum und Pagetsche Krankheit (Mansurow) 512.
Psorospermosis follicularis vegetans 196. 475; (Pawloff) 272.
—, Coccidien bei 26.
— ichthyosiformis 456.
Psychische Störungen und Hautausschläge (v. Broekere) 282.
Purpura 170. 305. 319. 533.
— simplex 50. 545; E.-H. 29.
— haemorrhagica 52. 568; E.-H. 29. (Eareckson) 235.
— nervosa 52.
— ecchymotica bei den Säuglingen, Beitrag zur Pathogenese der infektiösen (Sommer) 105.
— haemorrhagica, Blutbefunde und Kulturversuche bei (Denys) 235.
— mit Scharlach, Fall von (Clemoris) 330.
— recurrens (Ravogli) 545.
— rheumatica 568.
— simplex als Infektionskrankheit (Grüning) 235.
— scorbutica E.-H. 29.
— und akutes circumskriptes Ödem (Bowen) 473.
— mit Anzeichen, die an Purpura rheumatica und Purpura haemorrhagica erinnern, Ein eigentümlicher Fall von (Cantrell 568.
Pustula maligna, Therapie der 240.
Pyelitis 207.
Pyoktanin, Heilung der Lepra mit 188.
—, Behandlung maligner Tumoren mit (Mann) 36.

Quecksilber und Silberbelege in den Fürther Industriezweigen (Wollner) 383.
Quecksilberbehandlung bei Behandlung der Syphilis, Über Kombination der (Lichtenstein) 633.
Quecksilberdämpfe bei der Schmierkur, Über die Resorption der (Gaglio) 578.
Quecksilbereinreibungen und Schwefelbäder bei veralteter Syphilis (Dymnicki) 414.
Quecksilberinjektionen, Paraffinembolie der Lunge bei intramuskulären 144.
Quecksilberlokalisation im tierischen Organismus nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpräparaten (Ullmann) 273.
Quecksilbersalze, Schwere Nephritis nach Einspritzung unlöslicher 267.
Quecksilberwirkung bei der konstitutionellen Syphilis, sogenannte spezifische (Scarenzio) 191.

Rachensyphilis 580.
Rauhe Haut 558
Raumsinn der Haut (Levy) 172.
Raynaudsche Krankheit, s. Asphyxia localis.
Reichsseuchengesetz, Syphilis und Lex Heinze (Blaschko) 138.
Reinfectio syphilitica (Salsotto) 295; (Diday und Doyon) 413; (Swinburne) 561.
Reinfektion 147. 149.
Reizzustände der Haut 558.
Rekonvalescentenhäuser für „geheilte" Puellae 390.
Resorption des Vaselins von der Haut und seine Schicksale im Organismus (v. Sobieranski) 326.
Resorptionsvermögen der menschlichen Haut, Experimentelle Beiträge zum (Schum) 325.
Retentio urinae bei einem 16 Monate alten Kinde, Vollkommene (d'Haenens) 261.
— und Hindernisse beim Urinieren (Peyer) 43.
Rhagaden 507.
Rheumatismus blennorrhoicus polyarticularis (Nobel) 135.
— gonorrhoicus bei kleinen Mädchen (Béclère) 216.
Rhexis 55.
Rhinoplastik wegen Lupus 410.
Rhinosklerom, s. Sklerom der Nase etc.

Rhopalocephalus carcinomatosus (Korotnew) 197.
Rhus radicantis als Mittel gegen Incontinentia urinae, Tinctura (Saint-Philippe) 43.
Röteln, s. Rubeolae.
Rosacea, Behandlung der 489.
Roseola E.-H. 29.
— -Recidiv, 20 Jahre nach der Infektion (Zeifsl) 581.
— syphilitica, Anatomie der 179.
Rotz E.-H. 34.
Rubeolae E.-H. 34. 36. (Favier) 237.
— und Morbilli, Zur Frage der Identität von (Flatten) 334.
Rubeolenfrage, Zur (Wirth) 111.
Rubor essentialis s. angioneuroticus E.-H. 28.
Rückenmark, Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des (Mourek) 217.
Rückenmarkserkrankung, Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufener Fall von syphilitischer (Ewald) 296.
Rückenmarkskrankheiten durch Blennorrhoe (Engel-Reimers) 47.
Rückenmarksläsionen bei der syphilitischen Paraplegie, Natur der (Sottas) 296.
Rückenmarkslepra 140.
Rückenmarkssyphilis (Nonne) 269; (Charcot) 580.
Rundzellen 103.
Rundzellensarkom der Ohrmuschel (Sonnenburg) 243; der Haut 470.
Russelsche Körperchen in Hautsarkomen 347.

Salbenbasen (Shoemaker) 327.
Salicyl Kreosotpflaster 513.
Salol, Behandlung der Blennorrhagie mit (Gramitzow) 641.
Salophen, ein gutes Antineuralgicum und Antirheumaticum (Lutze) 528.
Salpetersäure - Alkoholprobe zur Differentialdiagnose zwischen Eiweifs und Harzsubstanzen im Harn; Unbrauchbarkeit der (Alexander) 253.
Santalöl bei Tripper 22.
Sarkomatosis cutis 100. 279; (Justus) 198; (Hartzell) 470.
— auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage, Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter allgemeiner (Touton) 347.
Sarkoma 103. 243. 246. 470. E.-H. 53
— multiplex, Krankengeschichte eines durch grofse Dosen Arsenik gebesserten Falles (Sherwell) 244.
— durch Psorospermien, Erzeugung von (Claske) 244.
Sarkoma pigmentosum diffusum multiplex 475.
— der Zunge (Scheier) 35.
— des Gesichts, Erfolgreiche Behandlung mit Mosetigschen Einspritzungen (Lindner) 35.
Sarkomatöse Tumoren bei Pseudoleukämie (Arning) 136.
Sarkombildungen, Zwei seltene (Lewin) 583.
Sarkosporidien im Muskelgewebe 349.
Sartenkrankheit E.-H. 34.
Sattelnase 397.
Scabies E.-H. 34. 37.
— norvegica, Fall von (Kefsler) 339.
— und akute Nephritis (Bothezat) 531.
Scarlatina 131; E.-H. 34. 36.
—, Prophylaxe der (Herstrey) 333.
— gezüchtet, Besonderer Streptococcus aus (d'Espine und Marignac) 111.
—, Leukocytose bei (Felsenthal) 178.
— und ihre Anomalien (Dumont) 334.
— mit Purpura, Fall von (Clemoris) 330.
—, Inkubationsdauer der (Hamilton) 334.
Scheinsyphilis 114.
Schienen zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten 481.
Schilddrüsenextrakt, Über die Myxödemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit der innerlichen Darreichung von (Rehn) 540.
—, Behandlung mit (Bramwell, Davies und Eccles) 621.
— gegen Myxödem 204. 205.
Schimmelpilze, Einleitung zum Studium der am Menschen parasitär vorkommenden 566.
Schleimhäute durch Veränderung physiologischer Sekretionen, Unterstützung von Ätzwirkung auf (Köbner) 399.
—, Blasenbildende Krankheiten der (Köbner) 405.
Schleimhautfärbung, Abnorme 475.
Schlummerzellen 102.
Schmierkur, Über die Resorption der Quecksilberdämpfe bei der (Gaglio) 578.
Schmierseifen, Über (Salzmann) 287.
Schnittwunden der Haut, Heilungsvorgänge an (Busse) 280.
Schornsteinfegerkrebs s. Paraffinkrebs.
Schuppen der Säugetiere, Bemerkungen über den Ursprung der (Weber) 173.
Schwangerschaftspigmentationen 35.
Schwefel, Äufserliche Anwendung des (Paschkis) 286.
Schwefelbäder 283.
— und Quecksilbereinreibungen bei veralteter Syphilis 414.
Schweifs, Zusammensetzung des menschlichen (Harnack) 173.

Schweifsdrüsenadenome 475.
Schweifsdrüsengänge, Hyperkeratosis der 417.
Schwellung in ihrer Entwickelung und Bedeutung, Die Lehre von der trüben (Benario) 104.
Schwielenbildung, Verhalten des elastischen Gewebes bei 96.
Scissura pilorum E.-H. 58.
Seborrhoea 171. 473. E.-H. 27.
— sicca 2[illegible]5.
—, Behandlung der (Brocq) 350.
Seidenkatheter, Desinfektion der (Barlow) 323.
Sekretfänger 394.
Sekretionsanomalien E.-H. 17.
Senile Dysurie (Afsmuth) 255.
Sexuelle Impotenz s. Impotenz.
derose, Argyrie im Vergleich zur (Kobert) 319.
Silber- und Quecksilberbelege in den Fürther Industriezweigen (Wollner) 383.
Sklerema neonatorum (Porteous) 540. E.-H. 58.
Sklerodaktylie 25. E.-H. 58.
Skleroderma adultorum E.-H. 58
Sklerodermia 470. 489. 525. (Goldzieher) 25; (Dann) 38.
—, Elastische Fasern bei 96.
—, Zur Kasuistik der (Lauffs) 201.
— diffusa, Zwei Fälle von (Franken) 201.
— im Kindesalter (Carstens) 588.
Sklerom E.-H. 34.
— der Schleimhäute der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre [Rhinoscleroma] (Ducrey) 637; (Juffinger) 157; (Paltauf) 157; (Casté) 346.
—, Zur Therapie des (Colombini) 638.
Sklerosis 107.
Sklerotrophoneurose und Asphyxie der oberen Extremitäten (Dubois-Havenith) 569.
Skorbut 52. 305.
—, Urobilin im Harn bei 253.
Skrophuloderma E.-H. 9.
Skrophulo-tuberkulöse Gummata 100.
Skrotalhaut, Restitutionsfähigkeit der 45.
Sonden, Endoskopische 394.
Sozojodol-Injektionen bei Syphilis 576.
Spermatorrhoe, Cornutinum citricum gegen (Meisels) 298.
Spermatozoiden bei Hund und Menschen, Untersuchungen über die Zahlen- und Regenerationsverhältnisse der (Lode) 623.
Sphinkterenkrampf 43.
Spiegelglasschleiferei, Schattenseiten der (Wollner) 383.
Spina bifida occulta sacro-lumbalis mit Hypertrichosis (Ribbert) 316.
— ventosa syphilitica (Neebe) 559.
Spinale und nervöse Erscheinungen während der Blennorrhoe (Raynaud) 216.
Spinalmeningitis, Blennorrhoische 48.
Spinalparalyse, Syphilitische (Glorieux 581.
Spontangangrän s. Gangrän.
Sporozoen 110. 537.
Sporozoentumoren 349.
Spritzen für Blennorrhoe 394.
Staphylococcus pyogenes aureus aus dem Organismus, Zur Lehre von den Eliminationsbewegungen des (Preto) 175.
Steinleiden, Fall von (Schuchardt) 209.
Stenose des Conus arteriosus dexter durch Syphilom der Kammerscheidewand; Kompensation durch intratrabekuläre Kanalisation der Muscularis (Cohnheim) 294.
Steresol, Vorzüge des (Berlioz) 287.
Sterilität des Weibes 528.
Stigmata infolge von Hautkrankheiten, Persistente (Hyde) 282.
Stirngegend durch Blutung in dem Facialiskern, Borken auf der (Ascher) 315.
Stomatitis, Zur Ätiologie und Therapie der (Bernabel) 347.
— epidemica 406; (Boas) 268.
Streptococcus, welcher von einem Scharlachkranken gezüchtet wurde, Besonderer (d'Espine und Marignac) 111.
— pyogenes, Abscesse durch 240.
Strictura urethrae 33. 43; (Mendelsohn) 591.
—? Warum recidivieren die (Moullin) 210.
— der weiblichen Urethra (Meisels) 256.
—, Elektrolytische Behandlung der (Goerl 394; (Tuffier) 543; (Reynier) 591.
Strikturkranke, Katheter für Schilling 210.
Sublimatinjektionen, Syphilisbehandlung mit endovenösen (Campana) 581.
Sudamina E.-H. 27.
Sykosis 90. 131.
— capillitii 167.
— -Behandlung 402. 407. 489. 504. 508; (Mora) 343.
— lupoides 539.
— parasitaria E.-H. 37.
Sympathicus, Morbus Addisonii und Nebennieren, Beziehungen zwischen Läsionen des (Barbier) 37.
Symphyse als Hülfsoperation bei Exstirpation von Blasentumoren, Temporäre Resektion der (v. Bramann) 362.
Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase, Verwendung der (Wickhoff) 269.
Syphilidologische und dermatologische Praxis an den Pariser Hospitälern (Lefert) 279.
Syphilide E.-H. 34.
—, Endemische 192.

Syphilide, Knotige 32.
—, Papulo-tuberkulöse (Holstein) 28.
—, Tuberöses serpiginöses (Ledermann) 230.
—, Pigmentiertes (Taylor) 414; — Behandlung des (Robin) 415.
—, Ulceröse (Mauriac) 149.
— und einer kurzen Kosmetik, Kompendium der Hautkrankheiten einschliefslich der (Jessner) 323.
Syphilis 32.
—, Fall von (Morton) 27; (Winfield) 91; (Morison) 472.
—, Abschwächung der (Paul) 627.
— acquisita des Kindesalters (Fournier) 412.
—, Amyloide Degeneration nach (Hansemann) 316.
—, Angina pseudo-membranacea non diphtheritica im Verlaufe von sekundärer (Abrams) 631.
— bei Kindern von 2, 3 und 4 Jahren, Drei Fälle von erworbener (Feulard) 146.
—, Blutveränderungen bei (Neumann und Konried) 291.
—, Blutveränderungen und deren Beeinflussung durch die Quecksilberpräparate bei (Gogoli) 416.
— congenita s. Syphilis hereditaria.
— cutanea vegetans (Kaposi) 563.
— der Iris 133.
— der Eingeweide (Michele und Sorrentino) 191.
— des Larynx (Gouguenheim) 629.
— der Lunge (Brenner) 293; (Ribbert) 316; — mit Autopsie (Abrams) 631.
— der Nase (Schubert) 293.
— der oberen Luftwege (Seifert) 396.
— der Zunge (Hicguet) 147.
— der Zungentonsille (Seifert) 147.
— des Gehirns (Buck) 194; (Cnopf) 194; (Bitot) 194; (Hjelman) 195; (Maragliano) 416; (Tarnowski) 512; (Obermeyer) 580.
— des Gehörorganes (Bocke) 630.
— des Herzens bei erworbener und ererbter Lues (Mraček) 274.
— des Herzens (Curschmann) 630; — Pathologische Anatomie der (Kockel) 630.
— des Mastdarmes (Zeifs) 581.
— des Rückenmarks, Beitrag zur Kenntnis der (Mourek) 217; (Nonne) 269.
—, Die Beziehungen der Lymphdrüsen zur (Zeifsler) 627.
—, Die Hämochromometrie im Verlaufe und bei der Behandlung der (Falcone) 633.
— durch bestimmte und bekannte Bakterien bedingt? Ist die (Currier) 627.
—, Ein Beitrag zur Kenntnis der atypisch verlaufenden (Rabitsch) 628.
Syphilis haemorrhagica 307.
—, Hautnarben bei (Hyde) 471.
—, Hautpigmentation bei sekundärer (Fournier) 169.
—, Icterus und akute Leberatrophie bei (Senator) 295.
— im wirtschaftlichen Leben (Ledermann) 149.
— in der Armee 149.
— in Italien, Über die Zunahme der (Barduzzi) 578.
—, Inkubationsdauer der (Bergh) 593.
—, Katalog für Dermatologie und 160.
—, Konzeptionelle 115.
—, lex Heinze und Reichsseuchengesetz (Blaschko) 138.
— maligna, Tödlich verlaufener Fall von (Roussel) 579.
—, mit Berücksichtigung der Frage: Ist die öffentliche oder geheime Prostitution die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten? Über Vorbeugung der (Lang) 387.
—, Neue Beiträge zur Erkenntnis der Wesenheit, Verbreitung, Prophylaxe und Therapie der (Kühner) 292.
— oder Lupus erythematosus (Morrow) 513.
— -Prophylaxe in Rumänien (Petrini) 411.
— renalis praecox (Darier und Hudelo) 629.
—, Rigidität des Collum uteri durch (Maygrier) 578.
—, Sogenannte spezifische Wirkung bei konstitutioneller (Scarenzio) 191.
— spinalis (Charcot) 580.
—, Tabak und (Gamberini) 297.
—, Tuberkulin als Erkennungsmittel der (Strauſs und Tessier) 529.
—, Über die ungewöhnlicheren Haftstellen der (Peter) 628.
—, Über Kombination der Quecksilberbehandlung bei Behandlung der (Lichtenstein) 633.
— und allgemeine Paralyse (Régis) 633.
— und asymmetrische arterio-sklerotische Nierenatrophie (Rasch) 193.
— und Dementia paralytica 633.
— und Ehe (Mannino) 627.
— und Hautkrankheiten bei den Berbern in Aurès, Verbreitung der (Raynaud) 150.
— und ihre Heilmittel vom Jahre 1492 bis zur Mitte des 16. Jahrhunderts (Melsheimer) 196.
— und Moses als Hygieniker, Das Alter der (Jelks) 626.
— und Nervensystem (Gowers) 136; (Wood) 137.
— und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege (Blaschko) 277.

Syphilis und Tabes, Ätiologischer Zusammenhang zwischen (Isaac) 232; — Statistisches Ergebnis über den Zusammenhang von (Koch) 234.
— und Tuberkulose in seltener Lokalisation, Über einen Mischfall von (Fabry) 562.
—, Vorkommen der Albuminurie bei (Schwimmer) 145
— tertiaria 24. 116. 528.
—, Blennorrhagie und Hautkrankheiten (Winternitz) 32.
— der Highmorshöhle 231. 267. 617.
— der Leber 193.
— des Penis, Beitrag zur Kenntnis der (Büchler) 147.
— gummosa 32.
— insontium 149.
— maligna (Solbach) 192; (Neuberger) 400.
—, Reinfektion mit (Pawlow) 149. (Salsotto) 295; (Diday und Doyon) 413; (Swinburne) 561.
— während der Feudalzeit (Buret) 150.
Syphilis hereditaria bei paterner Infektion (Bergh) 113.
—, Bericht über einen ungewöhnlichen Fall von (Shoemaker) 297.
—, Häufigkeit der Epiphysen-Diaphysen-Erkrankung bei (Wahl) 579.
—, Hodenaffektion bei (Carpenter) 579.
— mit Affektion der Milz und Leber (Chauffard) 296.
—, Nadel in der Zunge eines vier Monate alten Kindes mit (Titomanlio) 297.
— tarda, Studie über die Lokalisation der Knochenveränderungen bei (Gangolphe) 578.
—, Zur Lehre von der (Buhe) 195; (Wanitschke) 195.
—, Behandlung der (Loos) 411.
Syphilisbehandlung 489. 582; (Fournier) 279. 413; (Gebert) 582.
—, Betrachtungen über und Versuche mit einer neuen (Bonaduce) 120.
— durch Excision der Initialsklerose (McGuire) 413.
—, Kritische Prüfung der Methoden der (Diday) 145.
— mit endovenösen Sublimatinjektionen (Campana) 581.
— mit Lammbluttransfusionen (Kollmann) 382.
— mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum sozojodolicum (Merk) 97. 323; — von Quecksilbersalzen im allgemeinen und Quecksilbersozojodolat im besonderen (Eudlitz) 101; — von Kalomelöl nach Scarenzio-Smirnoff (Navarre) 144; — von Oleum cinereum (Mau) 191; — von Europhen (Oefelein und Neuberger) 407; — mit Blutseruminjektionen (Tommasoli) 414; — von Sozojodol 576; — von Sublimat (Campana) 581.
Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern, Kombinierte Kurmethode veralteter (Dymnicki) 414.
Syphilisformen, Zur Kasuistik seltener (Ostermayer) 563.
Syphilisinfektion der Säuglinge durch Ammen und umgekehrt 512.
Syphilitischen Affektionen, Blasenbildende Krankheit der Haut und Schleimhaut in Hinsicht auf ihre Verwechselung mit (Köbner) 405.
—, Ansteckung bei den Ammen des Hospiz der „Enfants assistés (Raymond) 629.
— Erscheinungen am Auge und im Rachen, Interessante (Parker) 580.
— Frauen auf die Nachkommenschaft, Einfluss der Merkurbehandlung bei (Etienne) 412.
— spina ventosa (Neebe) 559.
— Bursitis (Büchler) 146.
— Aortenaneurysma (Krannhals) 271; (Beckh) 403.
—, Bronchusstenose (König) 271.
— Clavi der Palma manus 231.
— Dünndarmgeschwüre und -Strikturen, Multiple (Homén) 293.
— Elephantiasis der Lippen (Eichhorst) 295.
— Empyem der Highmorshöhle 231. 267.
— Erkrankung der Trachea (Jurasz) 398.
— Gewebe, Vorkommen des Lustgartenschen Bacillus in (Michele und Radice) 191.
— Glaukom (Samelson) 415.
— Glossitis 231.
— Infektion, Sauerstoffhaltiges Wasser als Prophylacticum gegen die (Crowczynski) 292.
— Infektion per os und per mammam, Doppelte 295.
— Lebercirrhose (Ivers) 193.
— Leukoderma 267. 617.
— Ozaena (Cartex) 415.
— Paraplegie, Rückenmarksläsionen bei der (Sottas) 296.
— Pemphigus der Neugeborenen (Fest) 193; — bei einem Kinde (Knight) 632.
— Reinfektion (Salsotto) 295. (Diday und Doyon) 413; (Swinburne) 561. (Pawlow) 149.
— Rückenmarkserkrankung, Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufener Fall von (Ewald) 296.
— Schanker, s. Initialsklerose.
— Spinalparalyse (Glorieux) 581.
— Ursprungs, Periphere Neuritis (Fordyce) 632.
Syphilom en plaques 148.
— der Kammerscheidewand, Stenose des Conus arteriosus durch (Cohnheim) 294.

Syringomyelie 107. 135. 475; (Goldschmid) 586.
—, Klinische Erscheinungsweisen der (Schlesinger) 202.
—, Fall von (Neuberger) 404.
System auf pathologisch-anatomischer (Hebrascher) Basis, Ein dermatologisches (Jefsner) E.-H.

Tabak und Syphilis (Gamberini) 297.
Tabes und Syphilis, Ätiologischer Zusammenhang zwischen (Isaac) 232.
—, Statistisches Ergebnis über den Zusammenhang der Syphilis und (Koch) 234.
Tabetisches Geschwür des Mundes (Hudélo) 88.
Tättowierungen E.-H. 49.
—, Kleinere Mitteilungen über (Seidel) 351.
— und erfolgreiche Beseitigung derselben (Ohmann-Dumesnil) 351.
— vom medizinischen und anthropologischen Standpunkte (Neumann) 351.
Tastkörperchen, Nervenendigungen in (Dogiel) 625.
Teerpräparate, Herstellung reizloser 527.
Teleangiektasien 473; E.-H. 53.
—, Behandlung mit Sublimatkollodium (Coesfeld) 203.
Teratome, Zur Kasuistik der (Bloch) 584.
— und Dermoide des Hodens (Heinen) 256.
Testikel-Dermoidcyste (Clark) 560.
Therapeutische Mitteilungen (Pontoppidan) 101; (Gebert) 211. 582; (Stern) 285. 526.
Thilanin, Über den Gebrauch des (Fox) 472.
Thiol in der Behandlung der Hautkrankheiten, Therapeutische Wirkung des (Laughin) 285.
Thiosinamin auf das Blut, Wirkung der Injektionen von (Richter) 288.
Thromben der Blutgefäfse 612.
Thyreoidin 204.
Toxikodermien 406.
Trachealsyphilis (Jurasz) 398.
Tractus urogenitalis, Wirkung des Alumnols auf Erkrankungen des (Casper) 214.
—, Anatomie des 623.
Transplantation 179.
— nach Thiersch, Beitrag zur Methode der (Trnka) 264.
Trichiasis, Elektrolyse gegen (Ciarrocchi) 112.
Trichophyton 151. 205.
—, Zur Hypothese vom saprophytischen Zustand des (Sabouraud) 89.
— megalosporon 90.
Trichophytia 103. 150. 620. 622.
Trichophytia capitis, Zur Behandlung der (Leviseur) 150; (Cutler) 470; (Fox) 619.
—, Studie über (Sabouraud) 635.
—, Behandlung der 402; (Eddowes) 340.
Trichorrhexis nodosa E.-H. 58; (Ciarrocchi) 205.
Tripper, s. Blennorrhoe.
Tripperrheumatismus, s. Rheumatismus.
Trophoneurose, Fall von (Neuberger) 401.
— gangréneuse de la peau simulant la lèpre 409.
Trübe Schwellung, s. Schwellung.
Tuberkelbacillen, Methode zur Untersuchung auf (Solles) 142.
— im Chalazion 142.
—, Wirkung des Europhens auf die (Christmann) 143.
—, Zur Färbung der (Czablewski) 174.
Tuberkulin bei verschiedenen Formen der Lepra, Resultate mit den Injektionen von (Kalindero und Babes) 141.
— und chirurgische Mafsregeln in der Lupusbehandlung (Morris) 291; (Donelan) 411.
— auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens und Kaninchens, Wirkung des (Yamagiwa) 411.
—, Behandlung des Lupus mit (Kossel) 519.
— als Erkennungsmittel der Syphilis (Straufs und Tessier) 529.
— bei Nervenlepra, Wirkung des (Straufs) 529.
Tuberkulininjektionen 638.
Tuberkulöse Geschwüre der Unterlippe (v. Eiselsberg) 135; — des Gaumens (Heller) 168; — Affektionen der Haut (Fabry) 573.
— Prozesse 346; Jodoformölinjektionen gegen (Pfeilsticker) 290.
Tuberkulöses Sputum, Lupus vulgaris nach Berührung mit (Corlett) 574.
Tuberkulose des Unterhautzellgewebes, Über (Wermann) 518.
— mit besonderer Berücksichtigung des Kreosots, Experimenteller Beitrag zur Behandlung der (Friedheim) 518.
— und Lues in seltener Lokalisation, Über einen Mischfall von (Fabry) 562.
— und der Lepra mit Blut von Tieren, die gegen die Tuberkulose immun gemacht worden waren, Behandlung der (Babès) 575.
Tuberculosis 470. 563; E.-H. 9. 34.
— Aspergilli 89.
— der Haut (Köbner) 94; (du Castel) 100; — Verhalten der elastischen Fasern bei 96.
— verrucosa 100. 131. 179.
— der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynxtuberkulose (Köbner) 189.

Tuberculosis der Harnröhre (Ahrens) 259.
— der Haut und deren Lokalisationen, Studie über die verschiedenen Formen (Hallopeau) 290.
— der Oberlippe und über die Gersunysche Methode der Deckung von Wangendefekten (v. Eiselsberg) 318.
— durch Biſs, Übertragung der (Jeanselme) 410.
—, Behandlung mit Zimmetsäure (Landerer) 188; — mit Nelkenöl (Kanasz) 290; — mit kochendem Wasser (Jeannel) 290; — mit Tuberkulin (Yamagiwa) 411.
— verrucosa cutis der Haut, Zwei Fälle von (Bulkley) 513.
— der Prostata (Marwedel) 300.
— der Blase 260.
Tubus, Endoskopischer 394.
Tumoren in bösartige, Möglichkeit des Überganges von gutartigen (Balloch) 177.
— mit Pyoktanin, Behandlung maligner (Mann) 36.
— der Wange, Pathologie und Therapie der (Schulze) 583.
— mit Erysipel-Inokulationen, Behandlung der malignen (Coley) 537.
— der Mamma, Über die chronischen (Bennet) 538.
— des Ohrläppchens infolge Durchbohrung desselben (Lassalle) 538.
Tyloma E.-H. 49.
Typhus abdominalis E.-H. 29.
— exanthematicus E.-H. 29; —, Ätiologie des (Kelsch und Dujardin-Beaumetz) 334.
—, Mikrobion des (Dubieff und Brühl) 335; (Gouget) 335; —, Diagnose des (Netter) 237; —, Mikrobien im Blute bei (L. Gendre) 238.

Ulcerationen E.-H. 18.
— eigentümlicher Entstehungsart (Unna) 511.
Ulcerationes multiplices phagedaenicae 475.
Ulcus cruris 506.
— Behandlung 180. 182. 496.
Ulcus durum, s. Initialsklerose.
Ulcus molle 103. 149. 150. E.-H. 34.
— am Penis, Scrotum, After und Stirn (de Coquet) 340.
— und der Gonorrhoekomplikationen, Klinische Bakteriologie des (Audry) 341.
— mammae 475.
—, Über Bacillenbefunde beim (Petersen) 532.
— Behandlung 33. 182. 262. 407. 554. (Brocq) 533.
Ulcus rodens 103. 512; — Heilung durch ein Erysipel (Apolant) 316. 348; — ohne örtliche Behandlung, Heilbarkeit des (Lassar) 348.
— perforans septi narium (Otto) 239.
— phagedaenicum 263. 340.
— serpiginosum 103.
— tabeticum oris (Hudélo) 88.
— trophicum 475.
— tuberculosum der Unterlippe (v. Eiselsberg) 135; — des Rachens 168.
— varicosum, E.-H. 34; die Beseitigung (Reboul) 541.
Ulerythema centrifugum 100. 470. 472. E.-H. 34. (Lilienthal) 25; — oder Syphilis (Morrow) 513.
— mit Phosphor, Die interne Behandlung des (Bulkley) 538.
— acneiforme 474.
— sykosiforme 539.
Ulerythemata, Behandlung der 489.
Unguis incarnatus und dessen chirurgische Behandlung (Howard) 569.
Unterlippenkarbunkel (Hansen) 344.
Ureteritis, Nierenexstirpation bei (Israel) 477.
— beim Weibe, Behandlung des gonorrhoischen (Rollet) 642.
Urethra, Granulationen in der 28.
—, Krankheiten der männlichen (Otis) 33.
— beim Erwachsenen vom Gesichtspunkte des Katheterismus, Länge der (Fort) 42.
—, Vollständige Abwesenheit der (Voorhies) 42.
—, Tertiär-syphilitische Affektionen der 148.
— mit besonderer Berücksichtigung der Inversio vesicae urinariae cum prolapsu per urethram, Bildungsfehler der weiblichen Blase und (Pilgram) 255.
—, Tuberkulose der (Ahrens) 259.
—, Pathologie der Geschwüre der (Casper 299.
—, Keloid der (Minges) 38.
—, Katheterismus der (Suemegh) 44.
—, Fremdkörper in der Blase und (Grosglik) 302.
—, Desinfektion der 323.
—, Naht, Heilung per primam, Vollständige quere Ruptur der (Frank) 544.
— ins Scrotum, Einsetzen der (Sawtelle 640.
Urethralfisteln 208.
Urethralkrampf 43.
Urethralschanker (Brown) 562.
Urethralstein, Enorm grofser (Kurbatow 303.
Urethralstrikturen, s. Strictura.
Urethritis (s. a. Blennorrhagie) 208.
— non gonorrhoica (Minguet) 211.
—, Mechanische Behandlung der chronischen infiltrierenden (Lohnstein) 212

Urethritis, Beitrag zur Behandlung der chronischen (v. Watraszewski) 212.
—, Neues Instrument für die Behandlung der (Williams) 213.
— chronica und ihre Folgen (Tuffier) 213.
— bei Knaben und Vulvovaginitis bei Mädchen (Koplik) 480.
— anterior, Therapie der (Lanz) 512.
—, Drei Fälle von (Brewer) 561.
Urethroskop, Vervollkommnetes (Otis) 252.
Urethrotomia, Indikationen und Kontraindikationen des Dauerkatheters nach interner (Bordas und Wickham) 298.
— perinealis externa, Verbesserung in der Technik der (Fluhrer) 476.
— perinealis 258.
Urethrotomie 394; — Komplementäre (Desnos) 259.
—, Perineale (Poncet) 542.
Urin, Empfindliche Reaktion auf Eiweifs im (Spiegler) 41.
—, Diagnostische Bedeutung der Essigsäuretrübung im (Kahane) 94.
—, Amöben im (Posner) 252; —, Urobilin im (Mathias) 252.
—, Relativer klinischer Wert verschiedener Reaktionen auf Zucker im (Beane) 253.
—, Unbrauchbarkeit der Salpetersäure-Alkoholprobe zur Differentialdiagnose zwischen Eiweifs und Harzsubstanzen im (Alexander) 253.
—, Phenylhydrazinprobe zum Nachweis des Zuckers im (Frank) 254.
— zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben, Versuch, den (Kutner) 254.
—, Nachweis von Arzneimitteln im (Bräutigam) 284.
— und Erythem (Smith) 621.
—, Inkontinenz des, s. Incontinentia.
—, Nachweis von Milben im (Hafftter) 640.
—, Phosphorsäuregehalt des (Freund) 318.
—, Die chemische Zusammensetzung des in utero secernierten fötalen (Helme) 638.
Urinieren und Harnverhaltung, Hindernisse beim (Peyer) 43.
Urobilin im Harn von Gesunden und Kranken, Vorkommen des (Mathias) 252.
Urogenitalapparat, s. Tractus urogenitalis.
Urologischen Praxis, Antipyrin in der (Brick) 254.
Urorosein 206.
Urticaria 170. 527. 533. 563; E.-H. 29.
—, Brennen bei (Bourdeaux) 106.
— evanida factitia, Heilung durch den konstanten Strom (Sganga) 107.
Urticaria nach Darreichung von Piperazin (Bradford) 235.
— chronica bei Kindern 330.
— nach Blutseruminjektionen 383.
— als Komplikation, Fall von Ekzem mit (Cantrell) 531.
— und Tod nach einer Ovariotomie (Omori und Ikeda) 569.
— mit Asthma 460.

Vaccination, Übertragung der Lepra durch 277; — Wert bei Variola (Salicrup) 332.
Vaccine, Umwandlung der Variola in (Fischer) 108.
— nach der Kuhpockenimpfung, Beitrag zur Dauer der Schutzkraft der (Diewitz) 108.
— -und Variola-Infektion, Pathogenese und Ätiologie der (Guarnieri) 109. 333.
— -Erregers, Neue Methode zur Auffindung des (Siegel) 110.
— -Variola-Infektion, Angebliche Entdeckung Guarnieris, betreffend (Ferroni und Massari) 333.
— -Reinkulturen und über das Toxin „Vaccinin" (Ruete und Enoch) 333.
Vaccinin 333.
Vagina, Hämatom der 236. 258.
Vaginitis, Über gonorrhoische (Cecil) 643.
— specifica (Cecil) 480.
Varicellae 132; E.-H. 34.
— gangraenosae mit tödlichem Ausgange (Büchler) 237.
Varicellen (Varicellae gangraenosae), Komplikation der (Demme) 108.
Varicocele (Horteloup) 209.
Variköse Erweiterung am Oberarm (Ledermann) 230.
— Geschwüre, Beseitigung der (Reboul) 541.
— Venenerweiterungen der unteren Extremitäten nach dem Trendelenburgschen Verfahren, Zur Frage der operativen Behandlung der (Prawdolgubow) 587.
Variocella syphilitica 193.
Variola 125. 131; E.-H. 34.
— in Vaccine, Umwandlung der (Fischer) 108.
— -und Vaccine-Infektion, Pathogenese und Ätiologie der (Guarnieri) 109. 333.
— vera, Herdförmige, parenchymatöse Entzündung eines kindlichen Hodens bei (Fränkel) 136.
— abortiva 237.
— und Wert der Vaccination zur Verhütung derselben (Salicrup) 332.
— vera, Ein noch nicht beschriebener Bacillus bei der (Besser) 332.

Variola und deren Beeinflussung durch Vaccination, sowie die Kosten von Variolaepidemien, Spezialbericht der Britisch medical Association 332.
—, Epidemie von (Schmidt) 271.
— haemorrhagica 310.
— confluens, Abnorme Entwickelung von Komedonen nach (de Coquet) 339.
Varioles frustes (Coste) 110.
Vegetationen der weiblichen Geschlechtsorgane, Die Behandlung der (d'Aulinay) 543.
Vehikel, speziell das Epidermin in der Dermatotherapie, Die verschiedenen (Colombini) 284.
Venerische Krankheiten und die Mittel, dieselben einzuschränken, Häufigkeit der (Laurent) 101.
— und ein darauf zielender Gesetzvorschlag, Zur Prophylaxe der (Giersing) 139.
— und syphilitische Krankheiten in Bezug auf die Reglemente über die Prostitution (Fabris) 297.
— Geschwüre und deren Ausgang, Seltener Fall von Ansteckung (Quattrociocchi) 340.
— Krankheiten? Ist die öffentliche oder geheime Prostitution die Hauptquelle der Syphilis und der anderen (Lang) 387.
Verbrennungen, Behandlung der 407. 507.
Verbrennungstodes, Über Pathogenese des (Hock) 570.
Verdauungstractus, Beziehungen zwischen Hautaffektionen und Erkrankungen des (Pick) 170.
Verruca 230. 431.
—, Verhalten der elastischen Fasern bei der 96.
— seborrhoica 230.
— congenita E.-H. 53.
— vulgaris E.-H. 49.
Vidal † 161.
Vitiligo 169. 622; E.-H. 58.
—, Behandlung der 492.
Vulva, Hämatom der 236. 258.
—, Nervenendigungen der (Webster) 625.
Vulvitis 208.
Vulvovaginitis 215.
— purulenta 216.
— bei Mädchen und Urethritis bei Knaben (Koplik) 480, — bei Kindern (Martin) 643.

Wangendefekte, Die Gersunysche Methode der Deckung von (v. Eiselsberg) 318.
Wasserabgabe durch Haut und Lunge bei Fiebernden (Schmitt) 103.
Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30° und 39° (Schierbeck) 326.
Wasserkrebs, s. Noma.
Wintergreenspiritus gegen Alopecia areata (Hallopeau) 88.
Wochenbett, Gonorrhoe im (Krönig) 641.
Wollfett s. Adeps lanae.
Wundbehandlung, Beiträge zur Europhen- (Trnka) 527.
Wunden, Desinfektion von (Schimmelbusch) 180.
Wurstförmige Körper 6.

Xanthelasma (Lebrun) 584.
Xanthoma 170; E.-H. 53; (Palm) 231.
— multiplex (Török) 247; — bei einem Kinde (Anderson) 247.
— diabeticorum (Crocker) 35; (Robinson) 475.
Xeroderma pigmentosum E.-H. 58; (Unna) 511.
— simplex E.-H. 58.

Zahnpaste aus Kalium chloricum 468.
Zange, Intraurethrale, drehbare 394.
Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes (Münch) 622.
Zelle, Die 104.
Zentrifuge im Dienste der Harnuntersuchung, sowie über einige neue Harnuntersuchungsmethoden (Jolles) 250.
Zimmetsäure, Entzündungserregende Eigenschaften der (Spiro) 327.
—, Behandlung der Tuberkulose mit (Landerer) 188.
Zink-Oesypus-Paste (Berliner) 407. 504. 508.
Zinkleim 484.
Zoospermien 26.
Zoster E.-H. 34.
— und dessen Einreihung unter die Infektionskrankheiten (v. Wasilewski) 30.
— gangraenosus hystericus, Demonstration eines (Riehl) 317; (Neuberger) 401.
—, Merkwürdiger Fall von universellem (Colombini) 571.
Zucker im Urin, Relativer klinischer Wert verschiedener Reaktionen mit (Beane) 253.
—, Phenylhydrazinprobe zum Nachweis des (Frank) 254.
Zungenangiom 317.
Zungenfissuren 160.
Zungenhyperphlyse 529.
Zungensarkome (Scheier) 35.
Zungensyphilis (Hicguet) 147.
Zungentonsille, Syphilis der (Seifert) 147.
Zungenwurzel, Aplasie der 24.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abelmann 548.
Abesser 201.
Abraham, P., 620. 621.
Abrams, A., Ein Fall von Lungensyphilis mit Autopsie 631.
Abulcasis 331.
Achard 541.
Ackermann 121.
Adam 549.
Adamkiewicz, Zur Reaktion der Carcinome 536.
— 525. 535. 536. E.-H. 57.
Addison 37. 100. 197. 201. 202. 248. 521. 522.
Adler 110.
Ahrens, A., Die Tuberkulose der Harnröhre 259.
Albarran, Über Symphyseotomie beim Manne und Resektion der Blase 259.
— Indikation und Ausführung des transversalen hohen Blasenschnitts 303.
— 42.
Albespy, Über Pityriasis des Ohres und ihre Behandlung 531.
Alessandri und Sironi, Störungen in der Harnsekretion bei Chloroformgebrauch 640.
Alex 568.
Alibert 157. 161. 162.
l'Allemand 566.
Allen 555. 561.
Allen-Maduras, Frank von, Über Lepra 139.
Alexander, Carl, Über die Unbrauchbarkeit der Salpetersäure-Alkoholprobe zur Differentialdiagnose zwischen Eiweifs und Harzsubstanzen im Harn 253.
— 248. 254.
Amicis, De, 453. 571.
Ammer, K., Über das Verhalten der glatten Muskelfasern und der Mastzellen bei Elephantiasis 637.
Amsler, Balneologisches 283.
Anderson, T. Mc Call, Ein Fall von Xanthoma multiplex bei einem Kinde 247.
— und Jack, R., Ein Fall von Ephidrosis cruenta 350.
Angelini 121.
Angelis-Mangano, G. de, Über den Parasiten des Molluscum contagiosum 584.
Annandale 302.
Antonini 121.
Apolant, Ulcus rodens durch ein Erysipel geheilt 316. 348.
Arán-Duchenne 202. 586.
Arnaud 127.
Arnheim, Ein Fall von Harnblasenverletzung, verursacht durch Beckenfraktur 639.
Arning, Ed., Fall von Pseudoleukämie mit multiplen sarkomatösen Tumoren 136.
— 270. 347. E.-H. 56.
Arnold 55. 58. 59.
D'Arsonval und Charrin, Wirkung hohen Druckes (50 Atmosphären) auf den Bacillus pyocyaneus 270.
Ascher 315.
Ashmead, A. S., Immunität gegen Lepra in der fünften Generation 408.
Afsmuth, J., Über senile Dysurie 255.
— 271.
Astruc 116. 595.
Aub 391.
Aubert 326.
Audry, Über die akuten Formen des seborrhoischen Ekzems 151.
— Studie über die Pityriasis rubra pilaris (1889—1892) 338.
— Klinische Bakteriologie des weichen Schankers und der Gonorrhoekomplikationen 341.
Aue, H., Zur Frage der Harnblasenbrüche 301.

Auerbach 245.
Augagneur 586.
Auld 560.
Aulinay, Richard de, Die Behandlung der Vegetationen der weiblichen Geschlechtsorgane 543.
Ausin, J., 321.
Auspitz 167. 346. 372. 373. 374. 376. 595. 596. 597. 598. E.-H. 15. 16. 17. 19. 27. 38. 42.
Avellis, Georg, Bemerkungen über das akute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödems 106.
Averbeck 248.

Babes, Behandlung der Tuberkulose und der Lepra mit Blut von Tieren, die gegen die Tuberkulose immun gemacht worden waren 575.
— 335.
— und Kalindero, Resultate mit den Injektionen Kochscher Lymphe bei verschiedenen Formen von Lepra 141.
Babinski 125.
Baccelli 581.
Bälz 252.
Bärensprung 116. 246. 597. 598.
Bäumler 599. 600.
Baelen, von, 555.
Baginski, B., 94.
Bahrt 399.
Balfour 460.
Balloch, E. A., Über die Möglichkeit des Überganges von gutartigen Tumoren in bösartige 177.
Ballowitz 270.
Bally, H., Beitrag zur Kasuistik der embolischen Gangrän 107.
Balzer 533.
Bangs 562.
Bangs, L. B., Beitrag zur Behandlung der Blasentuberkulose 300.
Barbier, Die Beziehungen zwischen Läsionen der Nebennieren, des Sympathicus und dem Morbus Addisonii 37.
Barham, C. R., Peliosis rheumatica 236.
Barduzzi, Über die Zunahme der Syphilis in Italien 578.
Barker 529.
Barker, P. C., Abortive Behandlung der Karbunkel 534.
Barlow, R., Beiträge zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Cystitis 98. 322.
— 392.
Barnes 121.
Bartels 639.
Bartels, Bernhard, Über Noma 158.
—, Siegfried, Über Kraurosis vulvae 257.
Barthélemy 534. 609.
Basig, Die Lithotripsie bei Fettleibigen 304.
Bassereau 597. 600.
Bastian 164.
Bastianelli, Abtragung einer Dermoidcyste des Mediastinums 352.
Baumann 321.
Baumgarten 143. 260. E.-H. 60.
Bazin 401. 534.
Beane, F. D., Der relative klinische Wert verschiedener Reaktionen auf Zucker im Urin 253.
Beatty 204.
Beaumès 117. 122. 195. E.-H. 13.
Beaussenat und Legendre, Kalte Bäder bei schweren Formen von Erysipel 345.
Beck 520.
Becker 314 554.
Becker, J., Über Clitoridektomie 257.
Beckh, Aneurysma aortae syphiliticum 403.
— 380. 382. 387. 403. 407. 408. 504.
Beckmann 289.
Béclère, M. A., Tripperrheumatismus bei kleinen Mädchen 216.
Bednar 115.
Behrend, Über Dysidrosis 404.
— 307. 383. 392. 400. 401. 402. 403. 405. 460. 461.
Behring 382.
Benario, J., Die Lehre von der trüben Schwellung in ihrer Entwickelung und Bedeutung 104.
Benda, C., Das Verhältnis der Milchdrüse zu den Hautdrüsen 520.
— 26.
Benedikt 317.
Beneke, Über einige Resultate einer Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbungsmethode 524.
Bennet, Über die chronischen Tumoren der Mamma 538.
*Berg, Georg, Ausheilung einer in Abscedierung übergegangenen Epididymitis mit völliger Erhaltung des Organs 615.
*Bergh, R., Kongenitale Syphilis bei paterner Infektion 113.
*— Über die Inkubationsdauer bei Syphilis 593.
— Bericht für 1891 des Vestre-Hospitals 262.
— 605.
Berger 234.
Bergmann, v., Drei Carcinomfälle 315.
— 477. 535. 585.
—, V., 134. 291.
*Berliner, Zink-Ösypuspasta 407. 504.
— Referate 32. 33. 34. 100. 105. 111. 137 138. 143. 147. 151. 155. 157. 159. 182 188. 192. 193. 202. 237. 239. 241. 247 248. 252. 253. 275. 276. 281. 282. 286

295. 323. 324. 332. 340. 352. 409. 478. 480. 514. 521. 532. 533. 537. 541. 543. 561. 562. 565. 568. 569. 583. 584. 586. 589. 592. 621. 633. 634. 643.
Berlioz, Steresol 287.
Bernabel, Zur Ätiologie und Therapie der Stomatitis 347.
Bernhardt 577. 586.
Bernsdorf 272.
Bertha 89.
Bertin 114.
Besnier 97. 122. 152. 153. 170. 338. 343. 406. 442. 443. 447. 448. 449. 453. 454. 455. 456. 473. 635.
Besser, L., Ein noch nicht beschriebener Bacillus bei der Variola vera 332.
Beyer 115.
Bidder 134.
Bidet 40.
Bidwell 410.
Biedert 109.
Biganski 291.
Bignami 541.
Bihler, Ein eigentümlicher Fall von Morbus Addisonii 248.
Billroth 317. 585.
Binz 58. 176.
Björkén 597.
Birch-Hirschfeld 543.
Birchner, H., Neuropathisches Hautödem infolge eines Traumas, geheilt durch Nervendehnung 329.
Biro, Max, Untersuchungen über den Favuspilz 564.
Bitot, E., Über einen Fall von Gehirnsyphilis 194.
Bivona, Extraktion eines Blasensteins um eine Haarnadel durch hohen Blasenschnitt 304.
Blaschko, A., Syphilis, Lex Heinze und Reichsseuchengesetz 138.
— Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege 277.
— 26. 144. 177. 211. 212. 376. 393. 572. 624.
Bleibtreu, Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus acutus 338.
Bloch, Dominik, Zur Kasuistik der Teratome 584.
Blondel 627.
Boas, J., Maul- und Klauenseuche beim Menschen 268.
Bobulescu, O., Inkontinenz des Urins bei Hypertrophie der Milz 256.
Bock 341.
Bocke, Jul., Über die syphilitischen Affektionen des Gehörorganes 630.
Bockhart, E.-H. 34. 42.
Bode, Allgemeine Elephantiasis bei einem siebenmonatlichen Foetus 637.
Boeck, Cäsar, Keratoderma plantare et palmare infolge von Arsenikgebrauch 184.
Boeck, W., 113. 154. 188. 272. 409.
Boehr 383.
Bökel, Entfernung grofser Blasensteine durch die Sectio suprapubica 44.
Boer 475.
Boerhaave 593. 595.
Bogdanowitz 255.
Bollinger 121. 348.
*Bonaduce, Salvatore, Betrachtungen über und Versuche mit einer neuen Behandlung der Syphilis 120.
Bond 253. 590.
Bonnet, B. und Merkel, Fr., Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte 623.
Borchard 395.
Bordas und Wickham, Indikationen und Kontraindikationen des Dauerkatheters nach interner Urethrotomie 298.
Borrel, A., Parasitismus und Zellentwickelung im Epithelioma 34.
Bothezat, P., Scabies und akute Nephritis 531.
— und Brousse, A., Über den Wert der Abortivbehandlung des Bubo nach der Welanderschen Methode 341.
Bouchard 120. 121. 125. 170.
Boucheron 411.
Bouchut 125. 306.
Boulengier, Angina pseudo-membranacea non diphteritica im Verlaufe von sekundärer Syphilis 631.
Bourdeaux, Brennen bei Urticaria 106.
Bowen, Purpura und akutes circumskriptes Ödem 473.
Bowman 79.
Boyce, Über Madurakrankheit (Madurafufs) 637.
Bradford, T. H., Urticaria nach der Darreichung von Piperazin 235.
Bräutigam, W., Nachweis von Arzneimitteln im Harn 284.
Bramann, v., Die temporäre Resektion der Symphyse als Hülfsmittel bei Exstirpation von Blasentumoren 302.
Bramwell 539.
— Byrom 621.
Brandt, Thure, Zur Massage bei Prostatitis 209.
Brauflecht 335.
Braun, H., Über die Endotheliome der Haut 585.
Breda 515.
Breisky 257. E.-H. 59.
Brenner, Einen Fall von Lungensyphilis 293.
Bresgen 396. 397.
Brewer, Drei Fälle von Urethritis 561.
— 561.
Brick, J. H., Antipyrin in der urologischen Praxis 254.
Bridon 529.

Brieger 123.
Bright 145.
Brizio-Cocchi 117.
Brocq, L., Die Behandlung der Seborrhoe 350.
— Die Behandlung des weichen Schankers 533.
— 97. 169. 185. 318. 448. 449. 539.
Brodier und Hallopeau, Dermatitis bullosa chronica 169.
Broekere, B. von, Hautausschläge und psychische Störungen 282.
Bröse, Zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe des Weibes 215.
— 395. 396.
Brooke 473. 621.
Brousse, A. und Bothezat, P., Über den Wert der Abortivbehandlung des Bubo nach der Welanderschen Methode 341.
Brown, Baker 257.
—, John, Fall von Urethralschanker 562.
Brown-Séquard, Neue Behandlungsmethode der Akromegalie 270.
— 560. 580. 586.
Bruce 475.
Bruck 166.
Bruecke 175.
Brühl 334.
— und Dubieff, Das Mikrobion des Typhus exanthematicus 335.
Brüll, Wilhelm, Beiträge zur Frage der Restitutionsfähigkeit der Skrotal-, Perineal- und Penishaut 45.
Brüning, M., Beitrag zur Prognose des Carcinoma penis 478.
Brunner, C. 316.
Bruns 259.
Buchanan 561.
Buchheim 6.
Buchner 175 327. 328.
Buck, Joseph, Gehirnsyphilis (Gummata) 194.
Bucquoy, Multiple und symmetrische Lipome 244.
Budge 586.
Budin, Eugène 89. 480.
Büchler, A. F., Über Bursitis luetica 146.
— Beitrag zur Kenntnis der tertiär-syphilitischen Affektionen des Penis 147.
— Varicella gangraenosa mit tödlichem Ausgange 237.
Buedinger, 10 Mal wegen einer Kopfgeschwulst operierte Patientin 135.
— Über einen Fall gashaltiger Cyste 242.
Buhe, Eduard, Zur Lehre von der hereditären Lues (ein Zwillingsfall) 195.
Bulkley, L. Duncan, Über die Diagnose und Behandlung des Eczema seborrhoicum 336.
— Die interne Behandlung des Lupus erythematosus mit Phosphor 538.
Bulkley, L. Duncan, Klinische Beobachtungen und Analysis von 1000 Psoriasisfällen 684.
— Zwei Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis der Hand 513.
— 460. 461. 605.
Bumm 596.
Bumstead 598.
Burci, E., Beitrag zur Kenntnis der pathogenen Eigenschaften des Bacillus pyogenes foetidus 175.
Burckard 121.
Buret, F., Die Syphilis während der Feudalzeit 150.
Buri 83.
Burow 397.
Busquet 40. 475.
Busse, O., Über die Heilungsvorgänge an Schnittwunden der Haut 280.
Butlin 530.
Butruille 451.
Butte, L., Über die Alopecia areata und ihre Behandlung 40.
Buzdugan, M., Zwei Fälle von Myxödem 38.
Buzzi 177. 272. 475. 516.

Cabanès, Über die Impotenz Ludwig XVI. 479.
Calmette 335.
Calomiatti 447.
Calot, Entstellende Narben 201.
Caminer, Über Arznei-Exanthem nach Darreichung von Analgen-Vis 568.
Campana, Weiteres über einen dem Leprabacillus ähnlichen, bei Kulturversuchen mit Knötchen von Lepra tuberosa sich entwickelnden Mikroorganismus 186.
— Über den Leprabacillus 409.
— Über die endovenösen Sublimatinjektionen bei Syphilis 581.
— 456.
Cantani 242.
Cantrell, J. A., Reizung durch die lokale Anwendung von Jodoform 183.
— Ein Fall von Ekzem mit Urticaria als Komplikation 531.
— Ein eigentümlicher Fall von Purpura mit Anzeichen, die an Purpura rheumatica und Purpura haemorrhagica erinnern 568.
— Acne, Comedo und Acne rosacea 634.
Capitan, Zur Behandlung der Brandwunden 570.
Carmichael 192.
Carpenter, Eine neue Behandlung krebsiger Erkrankungen 243.
— Hodenaffektion bei hereditärer Syphilis 579.

Carstens, Andr., Zur Sklerodermie im Kindesalter 588.
Carten 158. 637.
Carter 204.
Cartex, A., Über die Ozaena syphilitica 415.
Casata 121.
Caspary 117. E.-H. 33. 37.
Casper, L., Über die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis 214.
— Beitrag zur Pathologie der Harnröhrengeschwüre 299.
— Über einen Fall von Blasenstein 477.
— 255.
Castaglione 570.
Castan 460.
Casté, André, Über das Rhinosklerom 346.
Castel, Du, 611.
Catrin 270.
Cattle, C. H., Finden sich Parasiten in Krebsgeschwülsten? 537.
Cazenave 113. 117.
Cazeneuve, Gallanol 329.
— und Rollet, E., Gallanol bei Psoriasis und Ekzem 337.
Cecil, John G., Über spezifische Vaginitis 480.
— Über gonorrhoische Vaginitis 643.
Celli 571.
Cellini, Benvenuto, 594.
Celsus, E.-H. 13.
Chantemesse 89. 123.
Chapman 325.
Chappell, W. F., 314.
Charcot, Spinale Syphilis 580.
— 202. 441. 631.
Charrin 125. 127.
— und d'Arsonval, Wirkung hohen Druckes (50 Atmosphären) auf den Bacillus pyocyaneus 270.
— und Gley, Über Erblichkeit 279.
— Untersuchungen über die hereditäre Übertragung der Immunität 279.
Chatelain, E., Das Ichthyol und seine Anwendung bei der Behandlung von Hautkrankheiten 288.
Chatellier, Über die Behandlung des Ekzems der Ohrmuschel 531.
Chauffard, Hereditäre Syphilis mit Affektion der Milz und Leber 296.
Chauveau 108.
Cheyne, Watson, 410.
Chiari, O., Beitrag zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege 185.
— 136. 242. 567.
Chibret, Augensyphilis 581.
— 415.
Christmann, Ferd., Über die Wirkung des Europhens auf den Bacillus der menschlichen Tuberkulose 143.
Christmann, Ferd., 314.
Chydenius, Sam. und Krogius Ali, Experimenteller Beitrag zur Frage von der Antiseptik bei der Behandlung chirurgischer Krankheiten der Harnwege 261.
Ciarrocchi, Elektrolyse bei Hypertrichose, speziell bei Trichiasis 112.
— Trichorrhexis nodosa 205.
Cipriani 52.
Civiale 259. 303.
Clado 42.
Claessen, H., 339.
Claisse 448.
Clark, Fall von Dermoidcyste des Testikels 560.
Clarke, Bruce, Über Lupusbehandlung 410.
Clarke, J. J., Epitheliom an den Beinen eines Huhns 196.
Claske, J. J., Über die Erzeugung von Sarkomen durch Psorospermien 244.
Clemens, Theodor, Die mit Beihülfe von elektrischen Strömen ausdrückbare Blase 44.
Clemoris, Ein Fall von Scharlach mit Purpura 330.
Clever 344.
Cloquet, J., 550
Cnopf, Lues cerebri 194.
Coats, Über die infektiöse Natur des Carcinoms 243.
— J., 247. 561.
Coën 353. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 364.
Coesfeld, Die Behandlung der Teleangiektasien (Naevi vasculares) mit Sublimat-Kollodium 203.
Coffin, Behandlung der Psoriasis 634.
Cohnheim 55. 56. 57. 58. 59. 61. 175. 176. 280. 309. 311. 374.
—, P., Stenose des Conus arteriosus dexter durch Syphilom der Kammerscheidewand; Kompensation durch intratrabekuläre Kanalisation der Muscularis 294.
Coley, Behandlung der malignen Tumoren mit Erysipel-Inokulationen 537.
Colles 115. 117. 122. 126. 195.
Colombini, Über das akute Ekzem der Unterlippe — Katacheilitis der Schnitter (Tommasoli) 151.
— Über die verschiedenen Vehikel, speziell das Epidermin, in der Dermotherapie 284.
— Zur Therapie des Rhinoskleroms 638.
— Über einen sehr merkwürdigen Fall von universellem Herpes zoster 571.
Comby, J., Lokalisation der Parotitis im Genitalapparat und seinen Adnexen 208.
— Parotitis mit Orchitis, Prostatitis und Hämoptoë 479.
Constantin 475.

Copeman, S. M., Zur Bakteriologie der Kuhlymphe 236.
Coppez 415.
Coquet, de, Abnorme Entwickelung von Komedonen nach Variola confluens 339.
— Multipler weicher Schanker am Penis, Scrotum und After, gleichzeitig ein solcher an der Stirn 340.
Cordier, Die Behandlung des Bubo 533.
Corlett, W. T., Lupus vulgaris nach Berührung mit tuberkulösem Sputum 574.
Cornet 168.
Cornil 79. 575. 597. 598. 611.
Corradi, A., 594.
Coste, M., Über rudimentäre Blattern (Varioles frustes) 110.
— Über Variola abortiva 237.
Couty 473.
Cowper 207.
Credé, Zur Behandlung der narbigen Mastdarmverengerungen 160.
— 480.
Crispi 297.
Cristmas, J. v., Phenosalyl, eine neue antiseptische Mischung 328.
Crocker, E., Xanthoma diabeticorum 35.
— 28. 153. 236. 446. 452. 453. 619. 620.
Crockett, M. A., Der Gonococcus in seinen Beziehungen zur Gonorrhoe des Weibes 214.
Croix, de la, 271.
Crouzat, Pinard und Maygrier, Rigidität des Collum uteri 578.
Crowczynski, Über die Verwendung des sauerstoffhaltigen Wassers als Prophylacticum gegen syphilitische Infektion 292.
Cüppers, F. M., Über Bau und Entwickelung zweier Chondrome der Hand 585.
Cullerier 115.
Currier, C. G., Ist die Syphilis durch bestimmte uns unbekannte Bakterien bedingt? 627.
Curschmann, Herzsyphilis 630.
— 478.
Cutler C. W., Alopecie 339.
— Die Anwendung von Jodtinktur, Karbolsäure und Chloral 470.
— 450. 451.
Czaplewski, E., Zur Tuberkelbacillenfärbung 174.
Czerny 259. 260.

Daji, Rhan, Das Öl des Hydnocarpus inebrianus, ein Mittel gegen Lepra 573.
Damsch 409.
Danielssen, Bericht des Lungegaardshospitals (bei Bergen) 1889—91 262
— 141. 188. 409.
Dann, John, Ein Fall von Sklerodermа 38.
Dardignac, Symmetrische Gangrän 236.
Darier, Epithelioma papillare des Gliedes 89.
— Heilung der oberflächlichen Epitheliome 169.
— und Hudélo, Syphilis renalis praecox 629.
— 26. 169. 272. 273. 473. E.-H. 48. 49.
Dartigolles, Multiple Lipome bei einem jungen Mädchen 244.
Davies 204. 621.
Debove 328.
Demme, Über Komplikation der Varicellen (Varicellae gangraenosae) 108.
— 339.
Dennig 547.
Denys, J., Blutbefunde und Kulturversuche in einem Falle von Purpura haemorrhagica 235.
Derville, Über die Behandlung von spitzen Kondylomen an den Genitalien durch Applikation von Karbolsäure 584.
Descottes, F., Studie über das Losophan 182.
Desguin, Léon, Fall von Hautfibrom (Molluscum pendulum) von enormen Dimensionen 36.
Desnos, Über komplementäre Urethrotomien 259.
— Die Tamponade der Blase nach dem hohen Blasenschnitt 304.
— und Potain, Symmetrische Lipome arthritischen Ursprungs und ein lipomatöser Tumor, zwischen falschem und wahrem Lipom schwankend 244.
Deutschmann 216.
Devergie 91. 151. 152. 162. 249. 279. 401. E.-H. 48. 49.
Dewèvre, Läuse und Impetigo 339.
Deyl, J., Über spezifische Bacillen des Chalazions 142.
Dick 253.
Diday 114. 115. 119. 596. 597. 599. 600. 607.
— und Fournier, A., Kritische Prüfung der antiluetischen Behandlungsmethoden (ununterbrochene, intermittierende, prolongierte) 145.
— und Doyon, Ein neuer Fall syphilitischer Reinfektion 413.
Dietrich 627.
Diewitz, Georg, Ein Beitrag zur Dauer der Schutzkraft der Vaccine nach der Kuhpocken-Impfung 108.
Dinckelacker 460.
Dind, Klinischer Beitrag zur Urethralblennorrhagie 46.
Dinkler 201.
Dittel, Über einen Fall von Totalexstirpation der Prostata 469.
— 251. 258. 394. 591. 592.
Dock, G., Gonorrhoea recti 214.

Dogiel, A. S., Die Nervenendigungen der Tastkörperchen 625.
Donelan, J., Über Lupusfälle, die mit Tuberkulin nebst anderen Mitteln behandelt wurden 411.
Doublet 114.
Dowd 177.
Doyen 542.
Doyon 122.
— und Diday, Ein neuer Fall syphilitischer Reinfektion 413.
Dragendorff 4.
Drasche 39.
Drechsel 326.
Dreſsler 242.
Dubieff 334.
— und Brühl, Das Mikrobion des Typhus exanthematicus 335.
Dubois-Havenith, Über die Pagetsche Krankheit der Brustwarze 197.
— Syphilitischer Schanker des Zeigefingers. Syphilitischer Schanker der Unterlippe 294.
— Vereiterte und zu Plaques angeordnete Perifollikulitiden des Handrückens 343.
— I. Lokale Asphyxie der unteren Extremitäten. II. Sklerotrophoneurose und Asphyxie der oberen Extremitäten 569.
Dubreuilh, W., Dermatitis herpetiformis Duhring — Schuppenausschlag im Gesicht 185.
— Über Hidrosadenitis suppurativa disseminata 334.
— Über Alopecia atrophica 538.
— 338. 475.
Dubuc 192.
Duchenne 239.
Duchaux 475.
Ducrey 246. 261. 341. 532. 533. 539.
— A., Vier Fälle von Rhinosklerom 637.
Duhring, L. A., Morphoea mit Maculae atrophicae 202.
— Die äuſserliche Behandlung des akuten vesikulären Ekzems 238.
—, Unna, Morris und Leloir, Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten 474.
— 185. 230. 231. 265. 266. 267. 401. E.-H. 41.
Dujardin-Beaumetz und Kelsch, Ätiologie des Typhus exanthematicus 334.
— 335.
Dumont, Die Scarlatina und ihre Anomalien 334.
Dunn 331.
Duplay, Experimentelle Beiträge über die Übertragbarkeit des Carcinoms 37.
Dupuytren 470.
Dymnicki, Joseph, Kombinierte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quecksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern 414.
Eareckson, W. R., Ein Fall von Purpura haemorrhagica 235.
Ebermann, Die Massage der Prostata 208.
Eberth 238.
Ebner, v., 174.
Eccles, A. S., Massage bei Hautkrankheiten 621.
Eddowes, A., Die Behandlung der Trichophytie 340.
— 620.
Edinburg 566.
Ehlers 600.
Ehrendörfer 177.
Ehrlich 178. 246. 372. 516. 570. 625.
Ehrmann, S., Zur Kasuistik der irritativen Neuritis syphilitica peripherica 631.
— 167. 170. 171. 202. 577.
Eichhorst, Hermann, Angeborener Nagelmangel 112.
— Elephantiasis syphilitica der Lippen 295.
— 230. 335.
Eichhoff, P. J., Die therapeutische Verwertbarkeit des Aristols auf Grund der bislang erschienenen Litteratur 287.
*— Therapeutische Verwertbarkeit des Europhens auf Grund der bisher erschienenen Litteratur 312.
— 32. 314. 407. 552. 556.
Eichler 314.
Eigenbrodt 300.
Eiselsberg, v., Ulcus der Unterlippe 135.
— Fall von Tuberkulose der Oberlippe und über die Gersunysche Methode der Deckung von Wangendefekten 318.
Eiselt 366.
Eisenlohr, Über einen Fall von Morvanscher Krankheit 541.
— 225. 234. 270.
Eisenmann 175.
Elliot, G. T., Alopecia praematura 205.
— Vorzeitige Alopecie; ihre häufigste Ursache: seborrhoisches Ekzem 472.
— Über einen Fall von Dermatalgie 592.
— Beitrag zu der Histologie einer Phase des Eccema seborrhoicum 532.
— 251. 513. 514.
Engel, Franz, Die Influenza-Epidemie in Ägypten im Winter 1889—90, nach gesammelten ärztlichen u. a. Berichten nebst einem Anhang über die Influenza-Epidemie ebendaselbst im Winter 1891—92 623.
Engel-Reimers, Jul., Beiträge zur Kenntnis der gonorrhoischen Nerven- und Rückmarkserkrankungen 47.
— Ein Fall von Braunfärbung der Haut nach Arsengebrauch 249.
Englisch, J., Über die Bedeutung der Erkrankungen des Plexus venosus prostaticus (Plexus Santorinianus) 638.
*Engman, M. F., Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der äuſseren Jodapplikation 353.

*Engman, M. F., und Ünna, P. G., Über Hautschienen, ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten 481.
Enoch, K., und Ruete, A., Über Vaccinereinkulturen und über das Toxin „Vaccinin“ 333.
Epstein, Mikroskopische Demonstration (eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter) 403.
— 44. 216. 305. 307. 380. 400. 403. 408. 544.
Erb 232. 233. 234. 239. 581.
Erdmann, E., 509.
Erlenmayer 225.
Erlenmeyer 251.
Ernst, Paul, Über Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Kolloid 177.
— Über die Beziehungen des Keratohyalins zum Hyalin 177.
Escherich 270. 411.
Esmarch 535.
d'Espine und Marignac, Über einen besonderen Streptococcus, welcher von einem Scharlachkranken gezüchtet wurde 111.
Efsbach 250.
Eternod 110.
Etienne, Der Einfluſs der Merkurbehandlung bei syphilitischen Frauen auf die Nachkommenschaft 412.
Eudlitz, Moses, Hypodermale Therapie der Syphilis mittelst Quecksilbersalzen im allgemeinen und Quecksilbersozojodolat im besonderen 101.
Ewald, C. A., Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufener Fall von syphilitischer (?) Rückenmarkserkrankung. (Arachnitis chronica fibrosa et gummosa, Myelitis interstitialis chronica diffusa, Endarteriitis et Phlebitis obliterans 296.
— 38. 566.
Exner, K., Beiträge zur Histologie der Prostata-Carcinome 543.

Fabris, Die venerisch-syphilitischen Krankheiten in Bezug auf die Reglemente über die Prostitution 297.
— und Fiocco, Über die Ätiologie der Papillome 246.
Fabry, J., Über einen Mischfall von Lues und Tuberkulose in seltener Lokalisation 562.
— Die tuberkulösen Affektionen der Haut 573.
— 475.
Fagge 608.
Faisans 52.
Falcone, C., Die Hämochromometrie im Verlaufe und bei der Behandlung der Syphilis 633.
Falcone, C., 606.
Falkson 264.
Favier, Über Rubeolae 237.
Faytet, Über die lokale Behandlung der Brandwunden 570.
Fehleisen 156. 343.
Fehling 33.
Feibes 328.
Felsenthal Hämatologische Mitteilungen 178.
Fernand 345.
Fernandez, Juan S., 314.
Fernel 593.
Ferras, Zur Behandlung der Alopecie 529.
Ferraton, Über einen Fall von Alopecia areata 586.
Ferrerius, A., 113.
Ferroni, E. und Massari, G., Über die angebliche Entdeckung Guarnieris, betreffend die Variola-Vaccine-Infektion 333.
Fest, F. T. B., Pemphigus neonatorum syphiliticus 193.
Feulard, Henri, Drei Fälle von erworbener Syphilis bei Kindern von zwei, drei und vier Jahren (Entstehung durch Schanker am Kopf) 146.
Fiaux, Über das spärliche Vorkommen von Geschlechtskrankheiten bei der Arbeiterbevölkerung von Paris 644.
Fiefsinger, Orchitis bei Grippe 299.
Filatow, N., Ein Fall von periodischer Hämaturie bei einem 11jährigen Mädchen 298.
Finger, Ernst, Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Prostatitis blennorrhagica chronica 45.
— Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura 318.
— 113. 116. 117. 124.
Fiocco und Fabris, Über die Ätiologie der Papillome 246.
Fischenich 399.
Fischer, Über die Umwandlung der Variola in Vaccine 108.
—, Ed., Über Bäder mit Mattonis Moorextrakten 528.
Fischl, R., 306. 307. 308.
Fisitella 555.
Flatten, Zur Frage der Identität von Masern und Röteln 334.
Fleischl, v., 291.
Flemming 154. 165. 368. 457.
Flindt 113.
Fluhrer, W. F., Eine Verbesserung in der Technik der Urethrotomia perinealis externa 476.
Foà, Über die Parasiten des Carcinoms 243.
Follin 115.
Folsom 633.

Fordyce, Multiples gutartiges cystisches Hautepitheliom 473.
— Fall von Erythema multiforme universale 513.
— Periphere Neuritis syphilitischen Ursprungs 632.
— 513.
Fort, J. A., Die Länge der Urethra beim Erwachsenen vom Gesichtspunkte des Katheterismus 42.
— Cystotomia suprapubica 209.
— 210.
Foulard 129.
Fournier, A., Hautpigmentation 169.
— Die diabetischen Ausschlagsformen an den männlichen Geschlechtsteilen 184.
— Behandlung der Syphilis 279.
— Jodkalium 285.
— Erworbene Syphilis im Kindesalter 412.
— Über die Therapie der Syphilis 413.
— 113. 114. 115. 116. 129. 137. 146. 147. 148. 149. 150. 192. 232. 340. 416. 595. 597. 598. 605. 629. 630.
— und Diday, Kritische Prüfung der antiluetischen Behandlungsmethoden (ununterbrochene, intermittierende, prolongierte) 145.
— und Gaston, Hydrargyrose der Haut 168.
Foutin, 526.
Fox, Wie sollen wir Dermatologie lehren? 471.
— Über den Gebrauch des Thilanin 472.
— Ist Lepra heilbar? 473.
— Fall von Kolloidmilium 513.
—, Colcott, Die Behandlung der chronischen Trichophytie der Kopfhaut 619.
—, G. H., Elektrolytische Entfernung eines ausgedehnten, behaarten Naevus des Gesichts 589.
—, Tilbury, 404. 475.
—, W., 611.
Fracastori 595.
Fränkel 94. 127. 240.
—, Eugen, Herdförmige, parenchymatöse Entzündung eines kindlichen Hodens 136.
— Über die Ätiologie der Gasphlegmone (Phlegmone emphysematosa) 242.
— Über Gasphlegmonen 567.
Fraipont 329.
Frank, Über die Phenylhydrazinprobe zum Nachweis des Zuckers im Harn 254.
— 475.
—, R., Beitrag zur Kenntnis der Lymphcysten 199.
— Über einen Fall von Hermaphroditismus 590.
— Vollständige, quere Ruptur der Urethra, Naht, Heilung per primam 544.
Franken, Franz, Zwei Fälle von Sklerodermia diffusa 201.
Frankl 202.
Franque, v., 305.
Franz, R., 281.
Frederick, C. C., Die Behandlung der Gonorrhoe und der gonorrhoischen Erkrankungen im kleinen Becken beim Weibe 215.
Fremond 611.
Freund, Über den Phosphorsäuregehalt des Harns 318.
— 525.
Friedheim, L., Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kreosots 518.
Friedländer, M., Pichi (Fabiana imbricata), ein Mittel gegen Krankheiten der Harnorgane 288.
— 100. 158. 638.
Friedreich 239. 258
Frisch, E.-H. 46.
Froriep 159.
Frosch 520.
Fuchs, Fall von Pemphigus 186.
— 143. 306.
Führer, Isidor, Über einen Fall von Gumma vor dem Chiasma nervi optici 193.
Fürbringer 43. 146. 268. 618.
*Funk, Behandlung des akuten Trippers 18.
*— Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis herpetiformis Duhringii 265.
— 244. 608.

Gabbet 174.
Gaglio, Über die Resorption der Quecksilberdämpfe bei der Schmierkur 578.
Galen 158, E.-H. 13.
Galewski, Lichen ruber und Pityriasis pilaris 401.
— Naevus linearis verrucosus, entsprechend dem Verlauf der Grenzlinien von Voigt 402.
— 403.
Galewsky, 153. 338. 394.
Galezkowski 415.
Galliard 453.
Galton, Die auf der Fingerbeere sichtbaren durch die Papillen bedingten Leisten 625.
Gamaleia 127.
Gamberini, Tabak und Syphilis 297.
— 117.
Gangolphe, Epithelioma auf der Oberlippe eines Knaben 537.
— Studie über die Lokalisation der Knochenveränderungen bei Syphilis hereditaria tarda: Läsionen der langen Knochen, der Wirbelsäule und des Beckens 578.
Garcia, Beiträge zur Kenntnis des Haarwechsels bei Embryonen und Neugeborenen 624.

Garden, Robert John, Synopsis of Lectures on Diseases of the Skin 31.
Garrè, Über sekundär maligne Neurome 249.
— Über traumatische Epithelcysten der Finger 518.
Gaskoin 460. 461.
Gaston und Fournier, Hydrargyrose der Haut 168.
Gaucher 534.
Gaudin 314. 556.
Gause, G., Ein Fall von Akromegalie 36.
Gautier 530.
Gebert, E., Therapeutische Mitteilungen. I. Zur Behandlung der Gonorrhoe 211. II. Zur Behandlung der Syphilis 582.
Gee 330.
Gendre, le, Kontagiosität des Gesichtserysipels 534.
— 238.
Georgii, Über das Hämatom der Vulva und der Vagina 258.
Gerhardt 246. 398.
Gerlach 270.
Gersuny 171.
Geyl, 111.
Gieson, van, 177.
Giersbach, Wilhelm, Über symmetrische Gangrän 107.
Gierke 164.
Gierting, Zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten und ein darauf zielender Gesetzvorschlag 139.
Gilbert 314.
Gimard, de, 611.
Giovannini, Einige Favusfälle nach der Methode Peronis behandelt 206.
— 154. 356. 534.
Girtanner 114. 595.
Glafs 547.
Gleich, Drei Fälle von Kavernomen 316.
Glenn, W. F., Nachtrag zur Behandlung der Gonorrhoe 641.
Gley und Charrin, Über Erblichkeit 279.
— Untersuchungen über die hereditäre Übertragung der Immunität 279.
Glinski, Über die Behandlung des Anthrax 241.
Glorieux, Ein Fall von syphilitischer Spinalparalyse 581.
Gluck, Ein Carcinom des Nebenhodens mit cystischer Degeneration des Hodens 315.
Gnoli 125.
Gogoli, Über die Alterationen des Blutes bei Syphilis und seine Veränderungen durch die Quecksilberpräparate 416.
— 633.
Göring, G., Behandlung eines Falles von Lupus vulgaris mit Hülfe der Thierschschen Implantationsmethode 143.
Goerl, L., Wodurch wirken Badekuren? 181.
Goerl, Die elektrolytische Behandlung von Urethralstrikturen 394.
— Ein Polyp der Blase 301.
— 407.
Gold, J., Über einen Fall von Bubo gummosus der Inguinalgegend 295.
—, L., Sechs Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion 322.
Goldenberg, H., Ein neuer endoskopischer Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoskopes in die hintere Harnröhre 251.
— 562.
Goldflaum 577.
Goldmann 314.
Goldschmid, P., Ein Fall von Syringomyelie 586.
Goldschmidt 315.
—, F., Über Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern der Nürnberger Pinselindustrie 385.
—, Julius, Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen und Pyoktanin 188.
Goldstandt 107.
Goldzieher, Sklerodermie 25.
Golgi 523. 585.
Goll 228.
Gordinier, Heimon C., Zwei Fälle von Myxödem 203.
Gosio, Beitrag zur Ätiologie der Pellagra 331.
Gottheil, W. S., Zwei Fälle von labialem Schanker bei Cigarrenarbeiterinnen 628.
— 314.
Gouget, Das Mikrobion des Typhus exanthematicus 335.
Gouguenheim, Sekundäre Larynxsyphilis 629.
Gowers, W. R., Syphilis und Nervensystem 136.
Graaf 624.
Gram 45. 143. 158. 242. 246. 319. 333. 532. 642.
Gramitzow, Die Behandlung der Blennorrhagie mit Salol 641.
Gramm, G., Über Inokulationslupus 574.
Grandidier 331.
Grandmont, Gillet de, 415.
Grassi 291.
Grawitz 36. 102. 175. 176. 475. 525.
Greiwe, Eine nach Trauma rasch zum Tode führende Leukämie 250.
Griesinger 239.
Griffith, A. B., Ein Ptomain aus dem Urin Ekzematöser 335.
— 148.
Gronacher 158.
Grosglik, S., Fremdkörper in der Harnröhre und Blase 302.
Grube 303.
Gruber, Max, Die Kresole in ihrer Anwendung als Antiseptica 183.

Grüning, R., Morbus maculosus (Purpura simplex) als Infektionskrankheit 235.
Grünpeck, Joseph, 594.
Gruner 593. 594.
Guarnieri, Untersuchungen über die Pathogenese und Ätiologie der Vaccine- und Variola-Infektion 109.
— 333.
Gubler 5. 529.
Gülcher 112.
Guéniot, Adermogenese 589.
Guentz, J. E., Die Behandlung der Gonorrhoe nach den neueren Methoden 479.
— 600.
Güterbock 256.
Guinon, Über gonorrhoische Gelenkentzündung bei Kindern 216.
— 530.
Guire, J. C. Mc., Die Excision des Schankers behufs Abortivbehandlung der Syphilis 413.
Gurin, Eugen, Über die antiseptische Behandlung der Acne und Furunculosis 240.
Guthrie 638.
Guyon 43. 100. 212. 256. 276. 277. 399. 617.
Guyot, Ein Fall von Elephantiasis zu Brest 154.

Haenens, Fall von vollständiger Harnretention bei einem 16 Monate alten Kinde 261.
Haffter, Nachweis von Milben im Harne 640.
Hahn, F., Referate 32. 47. 140. 147. 149. 154. 155. 173. 175. 209. 237. 239. 244. 245. 248. 249. 258. 259. 260. 513. 522. 523. 525. 532. 568. 570. 571. 574. 630. 632. 633. 638.
Hajek 239.
Halanicki, W., Über die Ophthalmia leprosa 289.
Hallé 42.
Hallier 335.
Hallopeau, Die Behandlung der Alopecia areata mit dem Wintergreenschen Spiritus 88.
— Über die Behandlung des Anthrax mit Oleum phenolicum 155.
— Nagelhorn, Cornu unguale 169.
— Studie über die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose und deren Lokalisationen 290.
—. Ichthyol als Abortivmittel des Erysipels 345.
— 170. 267. 287. 338. 448. 475.
— und Jeanselme, Zweiter Bericht über einen akuten Anfall von Lepra mit vielfachen Lokalisationen in den peripherischen Nerven 89.
Hallopeau und Brodier, Dermatitis bullosa chronica 169.
Hamilton, J. B., Inkubationsdauer bei Scarlatina 334.
Hammerschlag 570.
Hampeln 271.
Hansemann, Amyloide Degeneration nach Syphilis 316.
Hansen, Zwei Fälle von Unterlippenkarbunkel 344.
—, Arm., Hodenlepra 141.
— 113. 122. 344. 410.
Hardy 161. E.-H. 1.
Haren-Nomann, D. van, Pityriasis pilaris 151.
Harnack, E., Zusammensetzung des menschlichen Schweifses und der relative Salzgehalt der Körperflüssigkeiten 173.
— 5. 6.
Harris 608.
Hartmann, Henry, 549. 550.
Haslund, Bericht für 1891 der dermatologischen Abteilung des Kommunehospitals in Kopenhagen 262.
— 118. 400.
Hasse 383.
Hasselbeck, Hans, Über multiple kongenitale Fibrome der Haut 200.
Hatschek, R., Zur Behandlung der Prurigo mit Massage 563.
Hauser 501.
Haushalter 318.
Hayem 48. 291. 311. 312. 344. 607. 608. 609. 610. 611.
Hebra, F., 1. 2. 3. 4. 121. 152. 153. 154. 162. 167. 170. 171. 190. 339. 401. 406. 460. 519. 525. 534. E.-H. 1. 15. 18. 20. 27. 35. 42. 48. 62.
*—, Hans von, Emile Vidal† 161.
— 475.
Heckel 552.
—, Hans, Über Aristol 182.
Hegar 160.
Heidenhain, Über die Hautdrüsen der Amphibien 173.
— Über Behandlung des Lupus 270.
— 58. 176. 521. E.-H. 31.
Heim 174.
Heinen, Gerhard, Über Dermoide und Teratome des Hodens 256.
Heitzmann 175. 176. 257.
—, C., Der heutige Stand der Cellularpathologie 524.
—, J., Zur Anwendung der Mattonischen Moorextrakte in der Gynäkologie 528.
Helferich 282. 478.
Heller, Fall von tuberkulöser Mundaffektion 168.
— 25. 475.
Hellich 226. 229. 230.
Hellier, John, Eine blasenziehende Farbe 160.

Helm 341.
Helme, F. A., Die chemische Zusammensetzung des in utero secernierten fötalen Urins 638.
Henke 114.
Henle 175. 376.
Henoch 330. 473.
Hensgen, H., Heilung einer Mastdarmharnblasenverletzung 640.
Hepp 533.
Héricourt 575.
Hering 58.
Hermann 292.
Herstrey, E. P., Die Prophylaxis der Scarlatina 333.
Hertmanni I., Über den therapeutischen Wert des Chlormethyls 328.
Herzfeld, E., Über Epidermolysis bullosa hereditaria 572.
Hertzell, Sarkoma cutis 470.
Hertzka, Zur Lehre von der Peliosis rheumatica 568.
Hervieux 590.
Herxheimer 524.
Hefsler, R., Ein Fall von Scabies norvegica 339.
Heubner 269. 307.
Heymann 268.
—, P. 618.
Hicguet, Ein Fall von Zungensyphilis 147.
Hjelmann, Gehirnsyphilis 195.
Himmelfarb, G., Zur operativen Behandlung der Incontinentia urinae urethralen Ursprunges beim Weibe 590.
Hirschberg, M., Über die Wiederanheilung vollkommen vom Körper getrennter, das ganze Unterhautzell- und Fettgewebe enthaltender Hautstücke an anderen Körperstellen 179.
Hirschel 251.
Hirt 633.
Hlava, 335. 379.
Hochsinger 149.
Hock, August, Über Pathogenese des Verbrennungstodes 570.
Hodgkin 100. 244.
*Hölscher, R., Über die Beziehungen zwischen Asthma und Psoriasis 458.
Hoffmann, F. A., Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten 100.
—, L., Referate 24. 166. 188. 190. 212. 214. 215. 230. 285. 288. 299. 339. 348. 527. 539. 571. 572. 583. 628.
— 25. 586.
Hofmann 142.
Hogge, Gonokokken und Pseudogonokokken 642.
Holst, Über Inokulation und Züchtung der Leprabacillen aufserhalb des Organismus 142.
Holsten, G. D., Favus der Kopfhaut 27.
— Papulo-tuberkulöses Syphilid 28.
Holsten, Dermatitis repens 28.
— Eccema seborrhoicum der Lippen 90.
— Gumma der Iris 133.
— Ein Fall von Dermatitis medicamentosa nach Jodoform, Jodkalium und Aristol 184.
— Referat 131.
— 26. 93. 133.
Homén, E. A., Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Strikturen im Dünndarm 293.
Hoorn, W. van, Die sogenannte Schälmethode bei Epheliden, Acne rosacea etc. 36.
Hoppe-Seyler 201. 252. 376. 570.
Horbaczewski 519. 575.
Horteloup, Varicocele 209.
Howard, W. R., Unguis incarnatus und dessen chirurgische Behandlung 569.
Horwitz, O., Behandlung des vereiterten Bubo 342.
Howitz 204.
Hudélo, Tabetisches Geschwür des Mundes 88.
— 267.
— und Darier, Syphilis renalis praecox 629.
Hueppe 391.
Hüter 156.
Hufeland 115.
Hummel 160.
Humptney 640.
Hunter 47. 114. 115.
Husemann 5. 286.
Hutinel, V., Über Erythema infectiosum 342.
— Bemerkungen über einige infektiöse Erytheme 635.
Hutchinson, S., 107.
—, J., 534. 597. 633. E.-H., 41.
Hyde, J., Disseminiertes lentikuläres Carcinom der Haut 244.
— Persistente Stigmata infolge von Hautkrankheiten 282.
— Hautnarben bei Syphilis 471.

Jack, R., und Anderson, Mc Call, Ein Fall von Ephidrosis cruenta 350.
Jacoby, E.-H. 45.
Jacquet 153. 473. 475.
Jadassohn 143. 475. E.-H. 42.
Jaffé 252. 253.
Jaksch 251.
Jamieson, W. A., Über das Wachstum der Dermatologie 619.
— Emol 621.
— 620. 621.
— und Leith, R., Bemerkungen über einen Fall von Mykosis fungoides 157.

Janovsky, von, Über die Therapie der Syphilis mit Sozojodol-Injektionen 576.
— 230. 366. 370. 372. 379. 380. 403.
Jardine, Haarlocken aus einer Dermoidcyste ins Rectum entleert 589.
Jarisch 288.
Jasinskiego 314.
Jaws, E.-H. 47.
Jeannel, Behandlung der chirurgischen ulcerierten Tuberkulosen mit kochendem Wasser 290.
Jeanselme, E., Übertragung der Tuberkulose durch Bifs 410.
Jelks, J. T., Das Alter der Syphilis und Moses als Hygieniker 626.
Jenner 121.
Jefsner, S., Kompendium der Hautkrankheiten einschliefslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik 323.
— Originalbericht über die Naturforscherversammlung in Nürnberg 380.
— Favusstudien 539.
— Neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten 32.
*— Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebrascher) Basis. E.-H.
— Referate 31. 33. 35. 36. 37. 38. 39. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 48. 94. 95. 100. 103. 104. 108. 109. 110. 111. 112. 135. 136. 137. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 146. 147. 148. 150. 155. 156. 157. 158. 160. 171. 172. 173. 174. 175. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 215. 216. 235. 236. 237. 239. 240. 241. 242. 243. 245. 247. 249. 250. 251. 252. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 261. 264. 268. 269. 270. 271. 272. 277. 278. 279. 280. 281. 283. 284. 285. 287. 288. 289. 290. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 316. 318. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 332. 333. 334. 335. 337. 342. 344. 345. 346. 348. 349. 350. 351. 352. 380. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 470. 475. 478. 479. 480. 523. 524. 526. 527. 528. 531. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 566. 567. 569. 570. 572. 573. 574. 575. 576. 578. 579. 580. 581. 582. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 618. 623. 626. 627. 628. 629. 630. 632. 633. 635. 637. 639. 640. 641. 642. 643. 644.
— 402. 405. 463.
Jewett, Variola 131.
— 132.
Ikeda und Omori, Urticaria und Tod nach einer Ovariotomie 569.
Ihle, Max, 504. 557. 558.
Immermann 52. 53. 59.
Intlekofer, Ein Fall von destruierender septischer Phlegmone 346.
Jolles, Max, Über die Centrifuge im Dienste der Harnuntersuchung, sowie über einige neue Harnuntersuchungsmethoden 250.
Jolly 541. 577.
Joseph, Max, Das Angiokeratom 515.
— 347.
Isaac, Über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes 232.
Isaak 166. 168.
Israel, Fall von Nierenexstirpation bei Ureteritis 477.
— 26. 89. 537. E.-H. 51.
Jürgens 248. 252.
Juffinger, G., Das Sklerom der Schleimhäute der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre 157.
Juhel-Rénoy, Gesichtserysipel 344.
— 345.
Jullien, Über die therapeutischen Mafsnahmen bei gewissen Bubonen. Gleichzeitiges Vorkommen einfacher und virulenter Bubonen 260.
— 47. 114. 145. 287. 598. 606.
Jurasz 398. 399.
Justus, Zwei Fälle von Sarkomatosis cutis 198.
Ivers, Peter, Ein Fall von Cirrhosis hepatis luetica 193.
Iwanoff, E. E., Prurigo der Kinder und ihre Behandlung 185.
— Behandlung der Prurigo bei Kindern 572.

Kahane, Max, Über die diagnostische Bedeutung der Essigsäuretrübung im Harne 94.
Kaiser, Salo, Hyperidrosis unilateralis faciei 349.
Kalindero, Die Lepra in Rumänien 140.
— Zur Ätiologie der Pellagra 330.
— und Babes, Resultate mit den Injektionen Kochscher Lymphe bei verschiedenen Formen von Lepra 141.
Kanasz, Beiträge zur Behandlung lokaler Tuberkulose mit Nelkenöl 290.
Kanthack, A. A., Mycetoma (Madurafufs) und Aktinomykose 158.
Kaposi, M., Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Ärzte und Studierende 278.
— 2. 100. 152. 186. 201. 202. 317. 397. 401. 404. 442. 448. 452. 453. 454. 455. 473. 525. 538. 563. 597. 598. 600. E.-H. 47. 48. 56. 57.

Karl, L., Ein Fall von ausgebreitetem Leukoderma idiopathicum 200.
Kartulis 252.
Kassowitz 114. 119. 195.
Kaufmann, Emil, Über Gonorrhoe bei kleinen Mädchen 216.
— 201. 478. 544.
Kaurin, Leprastudien 141.
— Das Gesetz vom 6. Juni 1885 von der Isolierung der Leprakranken 142.
Kelsch und Dujardin-Beaumetz, Atiologie des Typhus exanthematicus 334.
Kénow 89. .
Ketel 251.
Key, A., Fall von Drainage der Blase durch das Perineum 302.
Kiefer, O., Lymphangioma cavernosum congenitum des Oberarms 199.
Kirkpatrick, R. C., Ein Fall von syphilitischer Primärinfektion an der Lippe durch eine Cigarre 193.
Kitasato 123.
Klebs 105. 159. 242. 306.
Klein 266.
Klemperer 382.
Klever 286.
Klob 257.
Klotz 252. 513. 561.
Kluge 114.
Knight, E., Ein Fall von syphilitischem Pemphigus bei einem Kinde 632.
Kobert, R., Über Argyrie im Vergleiche zur Siderose 319.
— 5.
Kobler, Lienale Leukämie 135.
Koch, Statistisches Ergebnis über den Zusammenhang der Syphilis und Tabes 234.
—, Robert, 51. 100. 141. 183. 186. 234. 291. 465. 525.
—, W., 52.
Kochenburger, Die Mifsbildung der weiblichen Genitalien 255.
Kockel, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herzsyphilis 630.
Köberle 252.
Köbner, Unterstützung von Ätzwirkungen auf Schleimhäute durch Veränderung physiologischer Sekretionen 399.
— Die blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der Haut in Hinsicht auf ihre Verwechselung mit syphilitischen Affektionen 405.
— Über Hauttuberkulose 94.
— Tuberkulose der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynxtuberkulose 189.
— 153. 167. 244. 268. 337. 383. 387. 392. 395. 396. 398. 534. 535. 547. E.-H. 47.
Köhler, Max, Über Katheterismus posterior 258.
Kölliker 56. 376. 439. 520. 521.
König, Stenose des rechten Bronchus auf syphilitischer Grundlage 271.
— 199. 259. 263. 331. 415.
Körte, Gangraena penis mit nachfolgender Plastik 298.
Körting 643.
Koester, H., Ein Fall symmetrischer Gangrän 586.
— 199.
Kogerer 611. 612. 613.
Kohtz, H., Ein Fall von multiplen Fibromen der Haut 245.
Kolaczek, Zur Behandlung des Erysipels 345.
Kolb, M., 53.
Kollmann, Über Lammbluttransfusionen bei Syphilis 382.
— Technik in der Gonorrhoebehandlung des Mannes (mit Demonstrationen 394.
— 383. 400. 403. 407. 597.
Konried, A. und Neumann, J., Eine Studie über die Veränderungen des Blutes infolge des syphilitischen Prozesses 291.
Koplik, H., Die Vulvovaginitis bei Mädchen und die Urethritis bei Knaben 480.
Kopp, Prognose der chronischen Gonorrhoe und die Kriterien ihrer Heilung 395.
— 192. 315. 390. 393. 396. 400. 554.
Kopfstein, Wenzel, Über Implantation von frischem Krebsgewebe in das Kaninchenhirn 535.
Koren 450. 451.
Korotnew, A., Rhopalocephalus carcinomatosus 197.
Kossel, H., Über die Behandlung des Lupus mit Tuberkulin 519.
— 364.
Kowalewsky 581.
Kraepelin, E., Über Myxödem 203.
Kral 463. 464. 465. 475. 476. 539.
Krannhals, Sackförmiges Aortenaneurysma 271.
Kraske 156.
Krause, R., Beitrag zur Ätiologie und Histologie des Chalazions 574.
Krefting 341. 533.
Kretschy 253.
Kröner, J., Ein ausgedehnter Fall von Papilloma neuropathicum 246.
Krönig, Vorläufige Mitteilung über die Gonorrhoe im Wochenbette 641.
Krogius, Ali und Chydenius, Sam., Experimenteller Beitrag zur Frage von der Antiseptik bei der Behandlung chirurgischer Krankheiten der Harnwege 261.
— 98.
Kromayer, E., Die Histologie der Molluskenkörperchen 26.

Kromayer, E., Zur Pathogenese der Pemphigusblasen 515.
— 230. 369. 375. 376. 377. 378. 379. 445. 524. 584. E.-H, 24. 25. 42. 43.
Kronfeld 273.
Kühne 110. 319. 582.
Kühnemann, E.-H. 50.
Kuehner, A., Neue Beiträge zur Erkenntnis der Wesenheit, Verbreitung, Prophylaxe und Therapie der Syphilis 292.
— Myxödem 589.
Kümmel, Über Blasengeschwülste 300.
— Über die Geschwülste der Harnblase, ihre Prognose und Therapie 324.
Küster 301.
*Kuhlisch, Gustav, Sind die durch Kantharidin und Krotonöl hervorgerufenen Entzündungen der Haut Ekzeme? 1. 62.
Kundrat, Über Lympho-Sarkomatosis 198.
— 348.
Kurbatow, J., Ein enorm grofser Harnröhrenstein 303.
Kurloff 240.
Kurtz, K., Zur Kenntnis der Hypoplasie der männlichen Genitalien 256.
Kufsmaul 566.
Kutner, R., Ein Versuch, den Harn zu diagnostischen Zwecken mit Methylenblau zu färben. Eine Erwiderung 254.

Lachavrière, L. de, 531.
Lagneau 606.
Lailler 539.
Lancelat 326.
Lanceraux 255. 564. 598. 600.
Landau 38.
Landerer, A., Weitere Mitteilungen über die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmetsäure 188.
— 176. 326.
Landgraf 185. 577.
Landois 350.
Landouzy 572.
Landskron, J. S., Referat 154.
Lang, Ed., Ein Fall von Transplantation normaler Haut auf einen durch Exstirpation lupöser Haut gesetzten Defekt 190.
— Über Vorbeugung der Syphilis mit Berücksichtigung der Frage: Ist die öffentliche oder geheime Prostitution die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten? 387.
— 391. 392. 393. 395. 396. 400. 401. 405. 408. 597. 598.
Lange 234. 587.
Langenbeck 535.
Langerhans 177.
Langhans 269.
Lanz, Therapie der Urethritis anterior 512.
Lasègue 52.
Lassalle, Tumoren des Oberläppchens infolge Durchbohrung desselben 538.
Lassar, O., Zur Frage der Heilbarkeit der Epitheliome 35.
— Über Lichen ruber und Lichen pilaris 166.
— „Beitrag zur Therapie der Hautkrebse" 315. 534.
— Über Heilbarkeit des Ulcus rodens ohne örtliche Behandlung 348.
— Über den Stand und die Ziele der Dermatologie 514.
— 24. 167. 230. 238. 535.
Lauenstein, Carl, Die typische Ausräumung der Leiste 241.
Lauffs, Joseph, Zur Kasuistik der Sklerodermie 201.
Laughin, T. N. Mc, Über die therapeutische Wirkung des Thiols in der Behandlung der Hautkrankheiten 285.
Launois 255.
Laurent, A., Über die Häufigkeit der venerischen Krankheiten und die Mittel, dieselben einzuschränken 101.
— 125.
Lavaux, Behandlung der sekundären Blasenaffektionen bei Kranken mit Blasentuberkulose 260.
Laveran, Mikrobion der Parotitis 270.
Leber, Th., 8. 176. 326. 328.
Lebrun, Xanthelasma 584.
Ledermann, R., Die Syphilis im wirtschaftlichen Leben 149.
— Fall von tuberösem serpiginösen Syphilid 230.
— Gummöse Affektionen in der atrophischen Greisenhaut 230.
— Varicöse Erweiterung am Oberarm und Angiom des kleinen Fingers 230.
— Zur Behandlung geschlechtskranker Kassenmitglieder 262.
— 314. 615.
Lefert, Die dermatologische und syphilidologische Praxis an den Pariser Hospitälern 279.
Legendre und Beaussenat, Kalte Bäder bei schweren Formen von Erysipel 345.
Legg, W., 612.
L'egludic, Favus generalisatus 39.
Legrain 318.
Legroux 52.
Lehfeldt, E., 136.
Leidecker, Ar., Über die Komplikation des Erysipelas faciei mit Meningitis acuta 156.
*Leistikow, Leo, Über Jodrubidium 509.

Leith, R. und Jamisson, W. A., Bemerkungen über einen Fall von Mykosis fungoides 157.
Leloir, H., Kommen in Gegenden, die für leprafrei gelten, namentlich im Norden von Frankreich und in Paris, Spuren der früheren Lepra vor? 409.
— 100. 163. 200. 343. 573. 575. 596. 597. 598. 609. 610. 611. 636.
—, Unna, Morris und Duhring, Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten 474.
Lemonnier 530.
Leopardi 52.
Lesser 144. 192. 400. 473. 570. 615.
Lethaus, H., Über Hydrocele muliebris 257.
Letnik, L., Abortivbehandlung von noch nicht in Eiterung übergegangenen Bubonen 44.
— 341.
Letourneau, Ursprung der Circumcision 262.
Letulle 577.
Letzel 401.
Leudesdorf, Über Gonorrhoe 642.
— 643.
Leudet 270. 598.
Leviseur, Fred. J., Die Entfernung von überflüssigen Haaren vermittelst der Elektrolyse 111.
— Zur Behandlung der Trichophytie des Kopfes 150.
— Der Gebrauch von heifsem Wasser bei der lokalen Behandlung der Akne des Gesichts 154.
— Ein Fall von Keloid auf der Kopfhaut eines vierjährigen Knaben 247.
Levy, Sigmund, Der Raumsinn der Haut 172.
— 240. 242.
Lewin, Tertiäre Syphilis 24.
— Hepatitis gummosa 25.
— Fall von Sykosis capillitii 167.
— Clavi syphilitici in der Palma manus 231.
— Fall von Glossitis syphilitica 231.
— Gumma am harten Gaumen 231. 267.
— Erkrankung der Highmorshöhle 231.
— Syphilitisches Empyem der Highmorshöhle 267. 617.
— Leukoderma syphiliticum 267. 617.
— Schwere Nephritis nach Einspritzung unlöslicher Quecksilbersalze 267. 618.
— Fall von gleichzeitiger, doppelter Infektion per os (Unterlippe) und per mammam 295.
— Über Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut 521.
— Zwei seltene Sarkombildungen 583.
— Geschwulst an der linken Seite des Palatum durum 618.
Lewinsky 234.
Lewis, B., Eine materialistische Ansicht von der sexuellen Impotenz 261.
— 306.
Leyden, Über gonorrhoische Myelitis 46.
— Über Polyneuritis mercurialis 577.
— 232. 239.
Leydig, F., Besteht eine Beziehung zwischen Hautsinnesorganen und Haaren? 325.
— 520.
Lichtenstein, Über Kombination der Quecksilberbehandlung bei Behandlung der Syphilis 633.
Liebig 273.
Liebmann 89.
Liebreich 10. 84. 85. 177. 283. 525.
Lieven 315. 407.
Lilienfeld 168. 364.
Lilienthal, Lupus erythematodes 25.
Limbourg 240.
Lindemann, S., Arthritis blennorrhoica 642.
Lindner, Vorstellung eines Falles von Gesichtssarkom, erfolgreich mit Mosetigschen Einspritzungen behandelt 35.
Lindsay, John, 560.
Lingard 122.
Lipp 460.
Litten 269.
Littré 207.
Lode, Untersuchungen über die Zahlen- und Regenerationsverhältnisse der Spermatozoiden bei Hund und Menschen 623.
Loeffler 142. 242. 316 567.
Löwenberg 415.
Loewenhardt, F., Über die Entfernung eines abgebrochenen Katheterstückes auf endoskopischem Wege 640.
Löwenstein 314.
Loewy, Emil, Über einen Fall von hochgradiger kongenitaler Dilatation der Harnblase, kombiniert mit mehrfachen Mifsbildungen 591.
—, J., Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut 624.
Lohnstein, H., Über mechanische Behandlungsmethoden der chronischen infiltrierenden Urethritis 212.
Looft, Carl, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra anaesthetica, insbesondere des Rückenmarkes 140.
— Zur Ätiologie und Anatomie der Lepra anaesthetica 141
Loos, Zur Therapie der Syphilis hereditaria 411.
Lorry, E.-H. 13.
Lott, Lepra 93.
Loumeau, Verirrte Sondenfragmente in der Blase. — Vergebliche Extraktionsversuche durch die Urethra. — Sectio alta. — Heilung. 300.
— „Intermittierende" Blasensteine. —

Dunkle Diagnose. — Perinealschnitt. Heilung. 303.
Lubarsch 524.
Ludwig, E., 273. 274.
Lueth 117.
Luisien 593.
Luisinus, Aloys, 594. 595.
Lukasiewicz 534. E.-H. 47. 56.
Lukjanow 105.
Lustgarten 191. 524. 627.
Lutze, Salophen, ein gutes Antineuralgicum und Antirheumaticum 528.
Lydston, G. Frank, Die Gonorrhoe und ihre Behandlung 34.

Maafs, Über einen Fall ausgedehnter Kavernombildung 537.
— 624.
Macdonald 121.
Macewen 560.
Mack 203.
Mackenzie, H. W. G., Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Myxödem mit der innerlichen Anwendung des frisch präparierten Schilddrüsenextraktes 205.
— 52. 398.
Maffucci 123.
Magde 121.
Mahon 114.
Maieff 415.
Maiocchi 418. 446.
Mallassez 291.
Maly 252.
Mandelstamm 186.
Mandl, Ludwig, Einen Fall von Defekt der inneren Genitalien 206.
Mandry, G., Primäres Carcinom der Brustwarze 348.
— 201.
Mankiewitz 25. 167. 212.
Mann, Behandlung maligner Tumoren mit Pyoktanin 36.
Mannino, L., Syphilis und Ehe 627.
Mansurow, Psorospermose der Haut, Fibroma molluscum und Pagetsche Krankheit 512.
— 475. 560.
Mantegazza, M., Histologisches über einige Fälle von Psoriasis 337.
Manteuffel, Zoege von, Bemerkungen zur Blutstillung bei Hämophilie 568.
— Drei Fälle von Gangrän 587.
Maragliano, Über die baktericide Wirkung des menschlichen Blutserums 280.
— Hirnsyphilis bei einem hereditär nervös und alkoholisch belasteten Individuum 416.
— 570.
Marano 415.
Marchiafava 541. 571.
Marfan, Eiterung und Erysipel 344.
Marfan 346.
Marianelli 475.
Marie, Behandlung der Keloide mit hypodermatischer Injektion von Kreosotöl 200.
— Behandlung des Keloids mittelst subkutaner Einspritzungen von Kreosotöl 584.
— 37.
Marignac und d'Espine, Über einen besonderen Streptococcus, welcher von einem Scharlachkranken gezüchtet wurde 111.
Marino-Zucco, F. und S., Untersuchungen über die Addisonsche Krankheit 197.
Marsden, Kate, Eine Reise im Schlitten und im Sattel zu den ausgestofsenen sibirischen Leprakranken 140. 188.
Marshall, R. J., Ein Fall von multiplen Naevis vasculosis mit nachherigem Verschwinden mehrerer derselben 352.
Martens, F., Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Kopaivabalsams 286.
Martin 177. 257. 502.
—, E., Vulvovaginitis bei Kindern 643.
Marty, Über einen komplicierten Bromausschlag bei einer 50jährigen Frau 571.
Marwedel, G., Über Prostatatuberkulose 300.
Marx, Karl, Lichen ruber planus der Schleimhäute 155.
Massari, G. und Ferroni, E., Über die angebliche Entdeckung Guarnieris, betreffend Variolo-Vaccine-Infektion 333.
Massazza, G., Über die neue Methode Peronis in der Favustherapie 205.
Massing, Einen Fall von Prostatahypertrophie mit profusen Blutungen 271.
Matheus, Über Dermatol-Dermatitis 571.
Mathias, Samuel, Über das Vorkommen des Urobilins im Harn von Gesunden und Kranken 252.
Matthieu, A., Über eine besondere Form von neuropathischem Ödem 106.
— 245.
Mattignon, Furunkulose auf der hemiplegisch gelähmten Gesichtshälfte 340.
Mau, H., Über intramuskuläre Injektionen von Oleum cinereum gegen Syphilis 191.
Mauclaire und Pilliet, Beitrag zum Studium des Molluscum simplex 196.
Maurer 173. 325.
Mauriac, Ulceröse Syphilide 149.
— 148. 606.
Maydl 536.
Maygrier, Crouzot und Pinard, Rigidität des Collum uteri 578.
Mayr 115.
Medvei 247.
Meisels, W. A., Über Strikturen der weiblichen Urethra 256.
— Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe 298.

Melcher 142. 409. 573.
Melsheimer, Th., Die Syphilis und ihre Heilmittel vom Jahre 1492 bis zur Mitte des 16. Jahrhunderts 196.
Mendel, E., Ein Fall von Myxödem 203.
— 633.
Mendelsohn, M., Harninfiltration, Harnabceſs, Harnfisteln 207.
— Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata. Nach den Vorlesungen im Hôpital Necker von Prof. Dr. F. Guyon 276.
— Harnröhrenstriktur 591.
— 212.
Mercanton, F., Über die primären multiplen Carcinome 201.
Meric 604. 606.
Merk, Ludwig, Über die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form 97.
— Über die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form 323.
Merkel, S., Experimentelle Studien über Milzbrand in der Nürnberger Bürstenindustrie 386.
—, Fr., 624. 625.
— und Bonnet, B., Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte 623.
Mertsching 177. 178. 624.
Mesnil, du, Über das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut 95.
— E.-H. 59.
Metschnikoff 127. 176. 189.
Meunier, L., 595.
Meyer, Georg, 144. 234.
*Mibelli, V., Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der Knäueldrüsengänge (Porokeratosis) 417.
— 453. 463. 464. 475. 515. 516.
Michaleff, St., Ein Fall von subkutanem Papillom 584.
Michel 111.
Michele, de und Radice, Über das Vorkommen des Lustgartenschen Bacillus in syphilitischen Geweben 191.
— und Sorrentino, Über Intestinalsyphilis 191.
Michelson 117. 120. 397.
Middeldorpf 199.
Miethke 272.
Migneco 556.
Mikulicz 157. E.-H. 47.
Miller 466. 467.
Milton, T. L., Über Lupus 190.
Minges, George, Keloid der männlichen Urethra 38.
Minguet, Paul, Über Urethritis non gonorrhoica 211.
Mireur 115.
Mitvalsky, Zwei Fälle von bilateraler Gangrän der Lidhaut 342.
Miyake 640.
— und Scriba, Vorläufige Mitteilung über einen neuen menschlichen Parasiten 543.
Möbius 239.
Möller, Magnus, Lichen ruber planus mit Affektion der Mundschleimhaut 155.
— Giebt es eine vesikuläre Eruptionsform des Lichen ruber? 156.
— 529.
Moldenhauer 397.
Molini, Gius., 594.
Molinié, Folliculitis glandularis gonorrhoica 643.
Monako 316.
Moncorvo, Über angeborene Elephantiasis 343.
Monetti 157.
Montgomery, Parasitenähnliche Körper im Krebs 197.
— Alopecia areata 541.
Mora, Behandlung der Sykosis 343.
Moreau, Über die Inokulabilität des Epithelioms und des Krebses 349.
Morel-Lavallée, Über eine neue Behandlungsweise des idiopathischen Haarschwundes 39.
Morelle, A., Bakteriologische Studie über Cystitis 42
Moriceau 121.
Morison, Ein ungewöhnlicher Fall von Syphilis 472.
— 624.
Morris, M., Die Wirkung des Kochschen Tuberkulins in Verbindung mit chirurgischen Maſsregeln zur Behandlung von Lupus 291.
— Unna, Leloir und Duhring, Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten 474.
Morrow, Lupus erythematosus oder Syphilis 513.
— 513.
Morton, Syphilis 27.
— Pityriasis maculata et circinata 91.
— Eccema verrucosum 131.
— Initialsklerose mit Perforation 94.
— 92. 132.
Morvan 88. 135. 187. 202. 541. 586.
Moses, J., Die Bluterkrankheit (Hämophilie 331.
— 6. 8. 86.
Mosetig 35.
Mosher 92.
Mosler 335.
Moty 40. 591.
Moulin, C., Warum recidivieren die Strikturen der Urethra? 210.
*Mourek, Heinrich, Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarkes 217.

*Mourek, Heinrich, Ein Beitrag zur Differenzierung der Epidermidosen und Chorioblastosen auf Grundlage eines neuen Falles von „Acanthosis nigricans“ 366.
— Über Nukleininjektionen bei Lupus 575.
Mračeк, Fr., Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues 274.
Müller 117. 178. 253.
—, C., Referate 36. 42. 101. 102. 107. 108. 110. 112. 140. 141. 145. 147. 151. 182. 185. 187. 191. 195. 197. 201. 205. 206. 207. 208. 210. 213. 238. 243. 246. 258. 259. 260. 261. 262. 270. 279. 280. 283. 284. 287. 290. 294. 296. 297. 298. 316. 331. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 343. 344. 345. 347. 349. 352. 409. 411. 415. 416. 457. 480. 525. 529. 534. 538. 540. 543. 569. 572. 578. 579. 580. 581. 584. 589. 590. 591. 627. 629. 631. 633. 638. 640. 641. 642.
— 407.
—, D., Beitrag zum chemischen Verhalten des Jodoforms 182.
—, J., Zur Ätiologie der Cystitis 210.
—, Franz, Einen Fall akuter Arsenik-lähmung 527.
Münch, G. N., Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes 622.
Munnich 475.
Munro, W. L., 548.
Murray 204. 539. 563.

Nabias und Sabrazès, Filaria sanguinis beim Frosche; Entdeckung des Männchens 159.
— Bemerkungen über einige Punkte der histologischen und bakteriologischen Technik 523.
Nägeli 234.
Napier, Alex, Myxödem, behandelt mit subkutanen Injektionen von Extrakt der Schafsthyreoidea 205.
Nasse 159.
Nauwerk E.-H. 62.
Navarre, Just., Behandlung der Syphilis mit Kalomelöl - Einspritzungen nach Scarenzio-Smirnoff 144.
Neebe, Peliosis rheumatica 559.
— Spina ventosa syphilitica 559.
— Eine eigentümliche Dermatomykose 559.
— Referate 476. 512. 560. 636.
— 475. 476.
— und Unna, P. G., Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten 462.
Neetzke, A., Über Arrosionsblutungen 281.
Neiſser 34. 45. 144. 150. 174. 192. 200. 394. 395. 396. 409. 552. 555. 573. 584. 618. E.-H., 45. 51.
Nencki 206.
Netter, Typhus exanthematicus 237.
Neuberger, Ein Fall maligner Lues 400.
— Dermatitis herpetiformis 400.
— Fall von Trophoneurose 401.
— Fall von Syringomyelie 404.
— Erfahrungen mit Europhen 407.
— und Oefelein, A., Über die Verwendbarkeit der Europhens 552.
— 392. 403.
Neuburger 442. 443.
Neumann, J., Das Tättowieren vom medizinischen und anthropologischen Standpunkte 351.
— 47. 117. 148. 153. 176. 246. 338. 406. 453.
— und Konried, A., Eine Studie über die Veränderungen des Blutes infolge des syphilitischen Prozesses 291.
Neureuther 306.
Neuſser 331. 403.
Nicaise, Über die Dermoidcysten und kongenitalen Fisteln der Regio sacro-coccygea 589.
Nicholson, Empfindlichkeit gegen eine kleine Dosis Arsenik 327.
Nicolaier 44.
Nicotylon 173.
Nikolski, S. M., Materialien zur Lehre von der Beschmutzung der Haut von Kranken mit Bakterien 526.
Nissen 240. 521.
Nitze 251. 324.
Nobel, Fall von polyartikulärem gonorrhoischen Rheumatismus 135.
Nöggerath 34. 215.
Nolda 314. 552.
Nonne, M., Zwei Fälle von Pseudo-Hermaphroditismus masculinus bei zwei Geschwistern 206.
— Über Rückenmarkssyphilis 269.
— Präparate von Lepra tuberosa 269.
Nothnagel 286.
Notta 115.
Nuſsbaum 246.
Nylander 251. 253.

Oberländer 251. 394.
Obermeier, Zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis 580.
— 335.
Obrzut 225.
*Oefelein, A. und Neuberger, J., Über die Verwendbarkeit des Europhens 552.
— 407.
Oehl 370.
Oestermayer, N., Zur Kasuistik seltener Syphilisformen 563.

Øwre 115.
Ohmann-Dumesnil, A. H., Über Tättowierungen und die erfolgreiche Beseitigung derselben 351.
Omori und Ikeda, Urticaria und Tod nach einer Ovariotomie 569.
Oppenheim, Fall von Lichen ruber planus 167.
— Fall von doppeltem Primäraffekt der Oberlippe 167.
— 217. 225.
Oriou 312.
Oro 246.
Orth 637.
Ortmann 142. 257. 409. 573.
Orvieto, S. M. de, 594.
Oser 566.
Osler, W. 548. 633.
Ostroumoff 58.
Otis, F. N., Die Krankheiten der männlichen Urethra 33.
— W. K., Das vervollkommnete Urethroskop 252.
— Die Behandlung abscedierender Bubonen mittelst Injektionen von Jodoformsalbe 341.
— 256. 561. 562. 591.
Otto, Richard, Über das perforierende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand 239.

Paget 103. 197. 348. 512.
Palm, Fall von Xanthom 231.
— 168.
Paltauf, R., Zur Ätiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase (Rhinoskleroma) 157.
— 100. 157.
Pander 272.
Panum 611.
Paracelsus 113. 114.
Paré, A., 113.
Parisotti, Ätiologie des Chalazion 411.
Parker, E. F., Interessante syphilitische Erscheinungen am Auge und im Rachen; Ulcerationen der Epiglottis, Strabismus und Paralyse der Augenmuskeln 580.
Parmentier 48.
Parrot 529. 530.
Paschkis, H., Über die äufserliche Anwendung des Schwefels 286.
— 182. 274. 351.
Passet 175. 240.
Pasteur 270. 532.
Paul, C., Abschwächung der Syphilis 627.
— 345.
Pawloff, P. P., Zur Frage der sogenannten Psorospermosis follicularis vegetans Darier 272.
Pawlow, Reinfektion mit Syphilis 149.
Pellizzari 117. 125. 128. 129.
Penada 125.
Pennetti 571.
Périer 155.
Peroni 205. 206.
Perry 475.
Peter, Kavernöses Angiom 24.
— Fall von Dermatitis herpetiformis 230.
— Über die ungewöhnlicheren Haftstellen der Syphilis 628.
— 48.
Petersen 271. 314. 397. 513. 552.
—, O., Versorgung der Leprösen 512.
—, Walter, Über Bacillenbefunde beim Ulcus molle 532.
Petrini, Behandlung des Erysipels im Colentia-Hospital 344.
— Syphilis-Prophylaxis in Rumänien 411.
Petruschky 520.
Pettenkofer 181.
Peyer, Alexander, Die nervösen Affektionen des Darmes bei der Neurasthenie des männlichen Geschlechtes (Darmneurasthenie) 261.
— Über Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden 565.
— 235.
Pezzer 210. 642.
Pfeiffer, L., Der Parasitismus des Epithelialcarcinoms, sowie der Sarko-, Mikro- und Myxosporidien im Muskelgewebe. Fünfzehn Photogramme mit erläuterndem Texte 349.
— 39. 327. 533.
Pfeilsticker, O., Jodoformölinjektionen bei kalten Abscessen und anderen tuberkulösen Prozessen 290.
Philippi, Referate 30. 94. 134. 177. 184. 188. 194. 205. 213. 214. 235. 236. 244. 247. 248. 249. 252. 253. 262. 277. 283. 291. 327. 332. 334. 337. 339. 340. 341. 347. 350. 351. 352. 408. 411. 413. 415. 477. 531. 534. 537. 540. 541. 542. 551. 567. 570. 574. 580. 589. 590. 627. 628. 631. 634. 638. 640. 641.
Philippson, A., Zur Prophylaxe der Gonorrhoe 45.
—, Louis, Über den anatomischen Bau einiger Granulationsgeschwülste der Haut 178.
— 157. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 473. 643.
Philpott, F. B., 334.
Pianese, Natur und Formen der Nervenendigungen der Pacini-Vaterschen Körperchen 625.
Pick, P. J., Ein Lupuscarcinom 95.
— Herpes Iris und circinatus 95.
— Fall mit Lupuscarcinom 171.
— Herpes Iris 171.
— 383. 391. 392. 393. 396.
—, Friedel, Über die Beziehungen zwischen Hautaffektionen und Erkrankungen des Verdauungstractus 170.

Pidoux 48.
Piffard, Henry G., Die moderne Behandlung des Ekzems 137.
— Beitrag zur Histologie der Psoriasis 513. 634.
— 514.
Pileur, Le, 593.
Pilgram, W., Die Bildungsfehler der weiblichen Blase und Urethra mit besonderer Berücksichtigung der Inversio vesicae urinariae cum prolapsu per urethram 255.
Pilliet und Mauclaire, Beitrag zum Studium des Molluscum simplex 196.
Pinard, Crouzat und Maygrier, Rigidität des Collum uteri 578.
Pinctor, P., 594.
Pingler 292.
Pins 171.
Pitres, Der Wert der bakteriologischen Untersuchung bei der Diagnose abnormer Fälle von Lepra 187.
Plaut 465. 475.
Plenk E.-H. 13.
Plotnikow, Über eine direkte Übertragung des Lupus 410.
— 314.
Pohl 286. 287.
Pollitzer 369. 370. 371. 372. 379. 475. 534.
Polotebnow 460.
Poncet, Urethrotomia perinealis 258.
— Myxödem mittelst der Exothyreopexie 540.
— Perineale Urethrostomie 542.
Pontoppidan, E., Therapeutische Mitteilungen 101.
— Referate 101. 142. 155. 184. 193. 195. 200. 213. 262.
Poppert, Zur Kasuistik der Blasenhalsklappen 300.
Porteous, J. L., Sklerema neonatorum 540.
Posner, C., Über Amöben im Harn 252.
— 178.
Pospelow 460. 475.
Potain 341.
— und Desnos, Symmetrische Lipome arthritischen Ursprungs und ein lipomatöser Tumor, zwischen falschem und wahrem Lipom schwankend 244.
Poupart 301.
Powell, N., 314.
Prawdolgubow, B., Zur Frage der operativen Behandlung der varikösen Venenerweiterungen der unteren Extremitäten nach dem Trendelenburgschen Verfahren 587.
Preto, Annibale, Zur Lehre von den Eliminationsbewegungen des Staphylococcus pyogenes aureus aus dem Organismus 175.
Pringle 516. 621.
Pritzi 629.
Profeta 121 453. 596. 598. 601. 605. 606.
Proksch, J. K., 594.
Prussak 56. 57.
Pryce 460.
Pugliatti 121.
Pugliesi 571.
Pye-Smith, Einführung in das Studium der Hautkrankheiten 324.
— 157.

Quattrociocchi, Über einen seltenen Fall von Ansteckung venerischer Geschwüre und deren Ausgang 340.
Quincke, H., Die Strafbarkeit der Übertragung ansteckender Krankheiten 592.
— 253. 330. 460. 465. 475. 539.
Quinquaud, Pemphigus mit Epidermiscysten 169.
— 40. 170. 473. 539. 606.

Rabitsch, J., Ein Beitrag zur Kenntnis der atypisch verlaufenden Syphilis 628.
Rachford 548.
Rake, Beaven, Der Fibringehalt in dem Blute von Leprösen 188.
— Postmortale Befunde bei Framboesia 346.
— Über den Wert chirurgischer Eingriffe bei Lepra 409.
Ranke 117. 120.
Ranvier, Mikroskopische Untersuchung über die Kontraktilität der Blutgefäfse 173.
— 177. 354. 520. 524.
Rasch, C., Über Arsenikdermatosen 184.
— Syphilis und asymmetrische arteriosklerotische Nierenatrophie 193.
Rattone 446, 447.
Rauchfufs 271.
*Ravogli, A., Purpura recurrens 545.
Rayer 145. 162. 246. 529.
Raymond, Paul, Über die Behandlung der Alopecie 40.
— Die syphilitische Ansteckung bei den Ammen des Hospiz der „Enfants assistés" 629.
— 349. 350.
Raynaud 92. 93. 107. 134. 135. 236. 281. 586.
— L., Die Verbreitung von Syphilis und Hautkrankheiten bei den Berbern in Aurès, einer Provinz von Constantine 150.
— Pillulae anaphrodisiacae 211.
— Spinale und nervöse (hysterische) Erscheinungen während der Blennorrhoe 216.

Raynor, Dysidrosis des Gesichts 26.
— Gonorrhoe 27.
— Pityriasis maculata et circinata 91.
— 92. 132.
Reale, Über die neue von Peroni vorgeschlagene Behandlung des Favus 206.
Reboul, Die Beseitigung variköser Geschwüre 541.
Recklinghausen 55. 56. 175. 176. 177. 200. 245. 246.
Reder 305. 614.
Reeker, H., Über enorme Neubildungen am Kuheuter 36.
Régis, E., Syphilis und allgemeine Paralyse 633.
Regoby, P., 602.
Rehn, Über die Myxödemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit der innerlichen Darreichung von Schilddrüsenextrakt 540.
Reis 570.
Reifsner, R., Kasuistischer Beitrag zur Wahl der Blasensteinoperationen beim Manne 260.
Remak 234. 577.
Rendu, Überzählige Brustwarzen 352.
Respighi 418.
Reynier, Behandlung der Urethralstrikturen mittelst Elektrolyse 591.
Ribbert, Spina bifida occulta sacro-lumbalis mit Hypertrichose 316.
— Pseudohermaphroditismus masculinus internus 316.
— Syphilitische Lunge 316.
— 563.
Richardière, Über rheumatische Arthritis bei Erysipel 345.
Richards, Über idiopathische Gingivitis gangraenosea bei Erwachsenen 172.
Richet 129. 575.
Richter 159.
— M., Über die Wirkungen der Injektionen von Thiosinamin auf das Blut 288.
— Zur Behandlung der Bubonen 342.
Richtmann 315.
Rickert 121.
Ricketts, B. M., Vierzig Fälle von Psoriasis, behandelt mit Arsenik 635.
Ricord 19. 20. 21. 23. 24. 48. 114. 115. 279. 291. 294. 396. 597. 600. 605.
Rieder, Über Molluscum contagiosum 248.
— Ein Fall von Akromegalie 348.
Riehl, Demonstration eines Falles von Herpes zoster gangraenosus hystericus 317.
— Über die elastischen Fasern 469.
— 100. 186. 200. 611. 612.
Rieke, A., Über die Formen und Entwickelung der Pigmentzellen der Chorioidea 624.
Riesel 248.
Rigal 121.
Rindfleisch 104. 239. 246.
Rinecker 598.
Ritter 306.
Robert, M., 116. 597. 599. 600.
Roberts, Leslie, Einleitung zum Studium der am Menschen parasitär vorkommenden Schimmelpilze 566.
— Referate 160. 196.
— 620.
Robin, Über die Behandlung der Pigmentsyphilide der Haut 415.
Robinson 153. 446. 475. 514.
— F. B., Morbilli ante partum 334.
— Fall zur Diagnose 513.
Robiquet 4.
Roemer 173.
Roger, H., Kalte Abscesse 346.
— 123. 127.
Rohrer, F., Versuche über die antibakterielle Wirkung des Oxychinaseptols (Diaphtherin) 183.
Rokitansky 175. E.-H. 18.
Roland 194.
Rollet, Behandlung der gonorrhoischen Urethritis beim Weibe 642.
— 329. 595. 596. 597. 598.
— und Cazeneuve, Gallanol bei Psoriasis und Ekzem 337.
Roloff 121.
Róna, S., Neue Beiträge zur Pathologie des männlichen Urethraltrippers 46.
Rose 608.
Rosenbach 242.
Rosenbaum E. H. 13.
Rosenstein 114.
Rosenthal, O., 24. 144. 167. 168. 314.
— M., 233. 234.
Roskam 329.
Rosin, Heinrich, Ein Beitrag zur Lehre von den Harnfarbstoffen (Über das sogenannte Urorosein, Harnrosa) 206.
Rofs, F. W. F., Ein Muttermal (?) 589.
Rofsbach 286.
Rotter 264.
Rousseau 187.
Roussel, A. E., Über einen tödlich verlaufenen Fall von maligner Syphilis 579.
Rovsing 42. 98. 210. 211. 542.
Rubin, Die Prostitution in Rufsland 139.
Ruete, A., und Enoch, K., Über Vaccinereinkulturen und über das Toxin „Vaccin“ 333.
Ruffer, Zweite Mitteilung über parasitäre Protozoen in Carcinomen 536.
Rumpf 269. 631.
Runck, Beitrag zur Histologie der Bauchdeckenfibrome 245.
Russel 347.
Ruter 121.

Saalfeld, Edmund, Über Hautpflege 181.
— Naevus verrucosus 230.
— Bakteriologische Untersuchungen über Losophan 401.
— Doppelseitiger Naevus verrucosus (Nervennaevus) 417.
— 167. 182. 400. 402. 472.
Sabouraud, Zur Hypothese vom saprophytischen Zustand des Trichophytons 89.
— Studie über die Trichophytie, speziell über die Folliculitis agminata des Menschen und deren Übertragung durch Tiere 635.
— 620.
Sabrazès, L., Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien 475.
— Kontagiosität und Prophylaxe des Favus 539.
— 462. 463. 464. 465.
— und Nabias, Filaria sanguinis beim Frosche; Entdeckung des Männchens 159.
— Bemerkungen über einige Punkte der histologischen und bakteriologischen Technik 523.
*Sack, Arnold, Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen 49. 305. 607.
— 558.
Sahli 523.
Saint-Donat 256.
Saint-Philippe, Tinctura Rhuis radicantis als Mittel gegen Incontinentia urinae 43.
Salicrup, P. J., Über Variola und den Wert der Vaccination zur Verhütung derselben 332.
Salsotto, Dritter Fall syphilitischer Reinfektion 295.
Salzmann, H., Über Schmierseifen 287.
Samelson, Über Glaucoma syphiliticum 415.
Samojloff 321.
Samter, E., Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhoe? 213.
Samuel 175. 280.
Santi 283.
Santlus 529.
Savill 634.
Sawtelle, H. W., Epitheliom des Penis. Amputation. Einsetzen der Urethra ins Scrotum 640.
Scanzoni 121.
Scarezio, Über die sogenannte spezifische Wirkung des Quecksilbers bei der konstitutionellen Syphilis 191.
— 117. 144.
Schäfer 174.
Schech 314. 398
Schede 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 363. 364.
Scheier, Über Sarkome der Zunge 35.
Scheinmann 94.
Scheurlen 536.
Schick, F., Zur galvanokaustischen Amputation des Penis 259.
Schierbeck, Die Kohlensäure- und Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30° und 39° 326.
Schiff, E., 163. 204.
Schill 174.
Schilling, Katheter für Strikturkranke 210.
Schimmelbusch, Über grünen Eiter und die pathogene Bedeutung des Bacillus pyocyaneus 174.
— Über Desinfektion von Wunden 180.
— 159. 201.
Schleiden 104.
Schlepotjew, Lupus des Gesichts und des linken Oberschenkels 513.
Schlesinger, Fall von Morvanscher Krankheit 135.
— Über die klinischen Erscheinungsweisen der Syringomyelie 202.
— 570.
Schlifka, Max, Über Massage der Prostata 299.
Schmidt, Eine Pockenepidemie 271.
— 568.
Schmitt, A., 154. 552.
—, Theodor, Wasserabgabe durch Haut und Lunge bei Fiebernden 103.
Schnabel, Julius, Über die Behandlung des Panaritiums 154.
— Ein Fall von syphilitischem Initialaffekt auf der vorderen Bauchwand 628.
Schnitzler, Julius, Chirurgisch-bakteriologische Mitteilungen 239.
— 98. 542.
Schönborn 239.
Schönfeld, M., 272.
Schönlein 548. 568.
Schrakamp, Guido, Über die Entzündung 280.
— Wo steckt das erste Glied der Entzündung? 280.
Schröder 177.
Schubert, Über Syphilis der Nase 293.
Schuchardt, Steinleiden 209.
— 328.
Schuerhoff, Carl, Über die Behandlung des Erysipels 156.
Schürmayer, B., Die Harnuntersuchungen und ihre diagnostische Verwertung 33.
Schüppel 307.
Schütz 33. 307. 308.
Schütze, E.-H. 43.
Schultz 631.
Schulze, F. E., 164. 165.
—, F., Zur Pathologie und Therapie der Tumoren der Wange 583.
Schum, E., Experimentelle Beiträge zur Frage des Resorptionsvermögens der menschlichen Haut 325.

Schuster 399.
Schwan 104.
Schwediaur 115. 595.
Schweizer, F., Carcinoma glandulae Bartholini 591.
Schweninger 475.
Schwimmer, Ernst, Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affektionen 145.
— 52. 59. 97. 475.
Scriba 640.
— und Miyake, Vorläufige Mitteilung über einen neuen menschlichen Parasiten 543.
Seeck, O., Über die Hautdrüsen einiger Amphibien 624.
Seeger, Studie über vorzeitige Kahlheit 39.
Seguin, Ätiologie und Prophylaxe der Ophthalmia neonatorum 480.
Seidel, Kleinere Mitteilungen über Tättowirung 351.
Seifert, Über Syphilis der Zungentonsille 147.
— 396. 403. 544.
Selhorst 178.
Semmola 633.
Senator, Ikterus und akute Leberatrophie bei Syphilis 295.
— Über die Entstehungsweise der gewundenen Harncylinder und der Spiralfäden im Auswurf 478.
— Über akute multiple Dermatomyositis 533.
— 477.
Sendler, P., Zur operativen Behandlung der Hämorrhoidalknoten 587.
Senftleben 460.
Severeanu 258.
Sganga, G., Ein Fall von Urticaria evanida factitia, geheilt durch Anwendung des konstanten Stromes 107.
Shattack 177.
Shearar 452.
Shepherd, Ein Fall von zirkulärer Umschnürung des Penis, die zu Elephantiasis geführt hatte 472.
Sherwell, Fall von Raynaudscher Krankheit 92.
— Sykosis 131.
— Lupus 133.
— Multiple Sarkome. Krankengeschichte eines durch grofse Dosen Arsenik gebesserten Falles 244.
— Favusübertragung von niederen Tieren 471.
— Ein Vorschlag zu operativem Verfahren bei erektilem Naevus über den Fontanellen 473.
— Fälle von Favusinfektion durch Tiere 541.
— 26. 28. 90. 93. 131. 132. 513.
Shoemaker, John V., Arzneipflaster 284.
Shoemaker, John V., Bericht über einen ungewöhnlichen Fall hereditärer Syphilis 297.
— Salbenbasen 327.
— 314.
Sieber 206. 314.
Siegel, Eine neue Methode zur Auffindung des Vaccineerregers 110.
— 268. 269. 406.
Siegmund 596. 597. 604. 606.
Siemerling 225.
Siepe, Franz, Über extragenital lokalisierte Initialsklerosen 194.
Sieveking 172.
Silberstern, Zur Ätiologie des Hautemphysems 94.
Silex, Ein Mann mit Gummigeschwür auf der Schleimhaut des Oberlides 147.
Silvastro, T. di, 594.
Simon 318.
—, Emil, Über Pseudohypertrophie und Elephantiasis Arabum, entstanden infolge einer Neuritis ascendens 239.
—, Fritz, Über männliche Epispadie 256.
—, Th., 246.
Singer, Ein Fall von Spontangangrän 38.
— Über Spontangangrän und Simulation bei Hysterie 587.
Sironi und Alessandri, Störungen in der Harnsekretion bei Chloroformgebrauch 640.
Skamper 269.
Smellie 121.
Smirnoff 144.
Smith, Alder, 619.
—, Ramsay, Erythem und Urticaria 621.
—, St., 276.
Smylie, Behandlung der chronischen Urethritis 27.
Sobieranski, W. v., Über die Resorption des Vaselins von der Haut und seine Schicksale im Organismus 326.
Soffiantini, Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes bei fibrösen Neubildungen der Haut 525.
Sokolowski 398.
Solbach, Wilhelm, Über Syphilis maligna 192.
Solger, B., Zur Kenntnis des osmierten Fettes 524.
Solles, Eine Methode zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen 142.
Soltmann E.-H. 60.
Sommer, H., Beitrag zur Pathogenese der infektiösen Purpura ecchymotica bei den Säuglingen 105.
— 622.
Sonnenberg 570.
Sonnenburg, Carcinom der linken Ohrmuschel 243.
— Randzellensarkom der Ohrmuschel 243.
Sorrentino und Michele, Über Intestinalsyphilis 191.

Sottas, Über die Natur der Rückenmarksläsionen bei der syphilitischen Paraplegie 296.
Soudakewitsch, J., Die Erscheinungen der Metachromasie, welche von den in Carcinomzellen parasitierenden Sporozellen manifestiert werden 537.
— 537.
Spehlmann, Otto, Ein Beitrag zur Kenntnis der Lingua geographica 529.
Spering 596. 597. 598.
Spiegel, L., Über Liebreichs Nachweis von Lanolin-, resp. von Cholestearinfetten 283.
Spiegler, Eduard, Weitere Mitteilungen über eine empfindliche Reaktion auf Eiweifs im Harne, nebst einigen Bemerkungen über Eiweifsausscheidung bei Gesunden 41.
— Über Lokalreaktion infolge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen 525.
— 250. 536.
Spinola 391. 392.
Spiro, K. P., Über die entzündungserregenden Eigenschaften der Zimmetsäure 327.
Squire, B., Hypertrichosis und die Mittel, sie zu entfernen 352.
— 621.
Stachow, C. F., Über Inokulationslupus 143.
Stanziale 539.
Stein 274.
Steiner 328.
Steinheil, Über Lipome der Hand und Finger 245.
Stelwagon, Über einen etwas ungewöhnlichen Fall von Lupus der Nase 471.
— 607.
Stern, Über einige Hautkrankheiten der Musiker 571.
—, E., Therapeutische Mitteilungen 285. 526.
—, Max, Über Pharyngomykosis leptothrica 241.
— Zur Kenntnis der blennorrhagischen Komplikationen. Arthritis blennorrhagica 641.
Steven, L., 561.
Stilling 175.
Stoerk 318.
Straus, Über die Wirkung des Tuberkulins bei Nervenlepra 529.
— und Tessier, Über den Gebrauch des Tuberkulins als Erkennungsmittel der Syphilis 529.
— Bacillus lactis aërogenes Escherich und Bacille lactique Pasteur 270.
*—, Arthur, Die Färbung der Hautnerven mit Palladiumchlorür 163.
— Referate 329. 528. 529. 577. 641.
Straus, Arthur 261. 315.
Strelitz 193.
Streng, W., Fall von Masernrecidiv 237.
Stricker 55. 56. 175. 176. 524.
Ströbe, H., Zur Technik der Achsencylinderfärbung im zentralen und peripheren Nervensystem 523.
Stroganow 59. 60. 611.
Strümpell 136. 533. 633.
Stubenrauch 182.
Suemegh, J., Über Katheterismus der Harnröhre 44.
Supino, St., Über die Physiopathologie der Nebenniere 104.
Swinburne, Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 561.
— 562.
Szoldrski, v., 314.

*Taenzer, Paul, Zur Dermatotherapie des Adeps lanae (N. W. K.) 556.
— 165. 504. 525.
Tait, Lawson, 215.
Tang, 142.
Tangl 143.
Tappeiner 570.
Targelt, J. H., Über die Pathologie der cystischen Tumoren an der Blase 590.
Tarnowski, Gehirnsyphilis und deren Beziehung zu Erkrankungen des Nervensystems 512.
— 148. 232. 388.
Taylor, R. W., Ein bemerkenswerter Fall von Keloidbildung 248.
— Das Pigmentsyphilid 414.
— Ein Fall von umschriebener idiopathischer Hautatrophie 472.
— Ein Fall von circumskripter idiopathischer Atrophie der Haut 542.
— 53. 339. 561. 562. 598.
Tchourilow, Über die Behandlung des Erysipels mittelst Chlorophenol und Bromophenol 344.
Tebb, W., The recrudescense of Leprosy and its Causation 277.
Tedeschi, A., Über die Übertragung der Lepra auf Tiere 572.
Tessier und Straus, Über den Gebrauch des Tuberkulins als Erkennungsmittel der Syphilis 529.
Thanhoffer, V., 164.
Thayer, Lupus excedens und dessen Behandlung 290.
Thibierge, 155. 454. 455. 460.
Thienel, A., Ein Fall von schwimmhosenartigem Naevus pigmentosus mit Carcinoma melanodes 589.
Thierfelder 254.
Thiersch 143. 213. 264. 270. 317. 318. 410. 527. 574. 576.
Thin 620.

Thoinot 335.
Thoma 176. 178. 623.
Thomson, A., Bemerkungen über die Haut und Kopfhaut des Negerfoetus 624.
Thompson 43. 256. 299. 538.
Thorner, Eduard, Ein neuer elektrischer Universalapparat 112.
Titomanlio, Vorhandensein einer Nadel in der Zunge eines vier Monate alten mit hereditärer Syphilis behafteten Kindes 297.
Tittel 305.
Toch 524.
Toeply 149.
Török, Ludwig, Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum mit protrahiertem Verlaufe 96.
— Ein Fall von Xanthoma multiplex 247.
— 446. 473.
Tommasoli, Über einige Versuche lokaler Behandlung des Lupus mit Hundeblutserum-Injektionen 410.
— Zur Behandlung der Syphilis durch Blutserum 414.
— 128. 151. 380. 382. 383. 442. 443. 445. 446. 447. 449. 454. E.-H. 13.
Torella, G., 113. 594.
Toupet 79.
Touton, K., Ein durch Arsen geheilter Fall von sogen. allgemeiner Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage. Protozoenähnliche Gebilde (Russelsche Körperchen) in den Hauttumoren 347.
— 4. 6. 7. 8. 460.
Trautenroth, Pemphigus neonatorum periumbilicalis 154.
Trekaki, D., Bemerkungen über 30 Fälle von Circumcision 44.
Trendelenburg 199. 256. 304. 587. 588.
Trnka, D., Die Behandlung eiteriger Bubonen der Leiste durch subkutane antiseptische Durchspülung 209.
— Ein Beitrag zur Methode der Hauttransplantation nach Thiersch 264.
— Beiträge zur Europhen-Wundbehandlung 527.
Troje 143.
Trommer 251.
Trousseau, A., Über das Eccema palpebrale 336.
— Behandlung des Lidekzems 336.
— 110. 115. 460.
Tuczik 633.
Türkheim, Referate 34. 35. 39. 40. 47. 90. 106. 145. 149. 150. 154. 170. 184. 196. 201. 211. 216. 237. 285. 288. 336. 339. 340. 342. 343. 350. 410. 413. 479. 529. 533. 538. 539. 544. 584. 586. 643. 644.
Tuffier, Über künstliche Steinbildung 44.
— Über suprapubische Prostatektomie 210.
Tuffier, Die Urethritis chronica und ihre Folgen 213.
— Über die Elektrolyse bei Strikturen der Harnröhre 543.
— 591.
Turtin 414.
Tursini 127.

Uhthoff, Über die Augenstörungen bei Hirnsyphilis 580.
Ullmann, K., Über die Lokalisation des Quecksilbermetalles im tierischen Organismus nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpräparaten 273.
— 171. 606.
Ultzmann 20. 43. 253.
Ungar 460.
Unna, P. G., Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten 102.
*— Mundpflege und Kalium chloricum 466.
— Ekthyma Vidal 511.
— Ulcerationen eigentümlicher Entstehungsart 511.
— Xerodermia pigmentosa 511.
— Carcinom der Seemannshaut 512.
— Ulcus rodens 512.
— Zur Kenntnis der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien 516.
— 1. 4. 6. 32. 36. 49. 61. 62. 72. 75. 83. 84. 90. 102. 103. 125. 151. 152. 163. 177. 178. 187. 270. 284. 321. 336. 340. 341. 550. 353. 358. 362. 364. 370. 372. 373. 375. 376. 377. 378. 379. 406. 418. 429. 430. 431. 433. 434. 442. 450. 454. 456. 460. 463. 465. 475. 476. 504. 508. 509. 511. 513. 521. 530. 532. 533. 539. 564: 582. 583. 607. 636. 637. 643. E.-H. 32. 38. 43. 57.
*— und Neebe, C. H., Kritische Bemerkungen zum Pleomorphismus der Achorionarten 462.
—, Morris, M., Duhring, L. A., und Leloir, H., Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten 474.
*— und Engmann, M. F., Über Hautschienen, ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten 481.
Unverricht 529. 533.
Urban, Über die Behandlung des Lupus 576.
d'Urso 178.
Uschinsky, N., Über die Wirkung der Kälte auf verschiedene Gewebe 525.

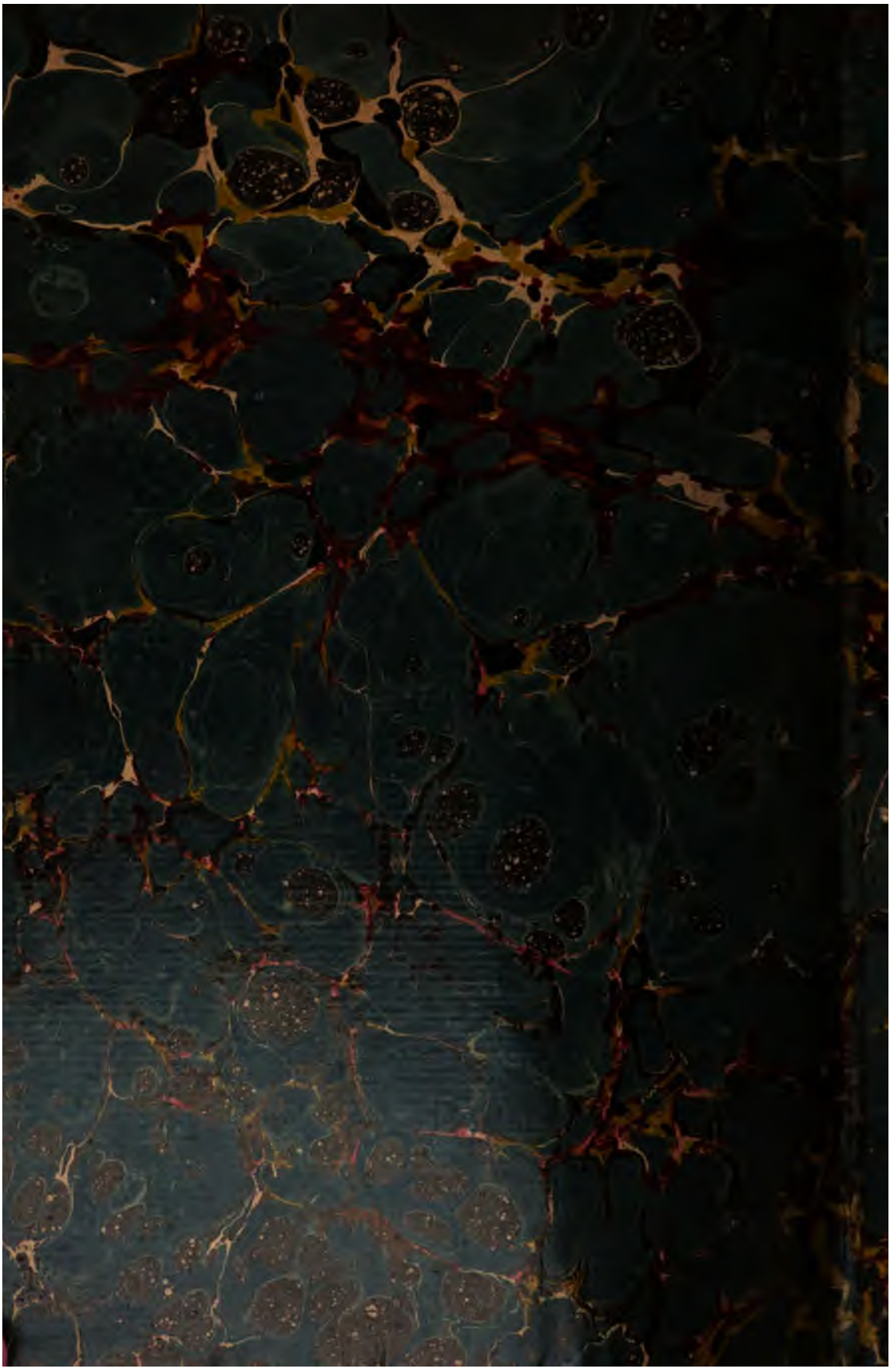
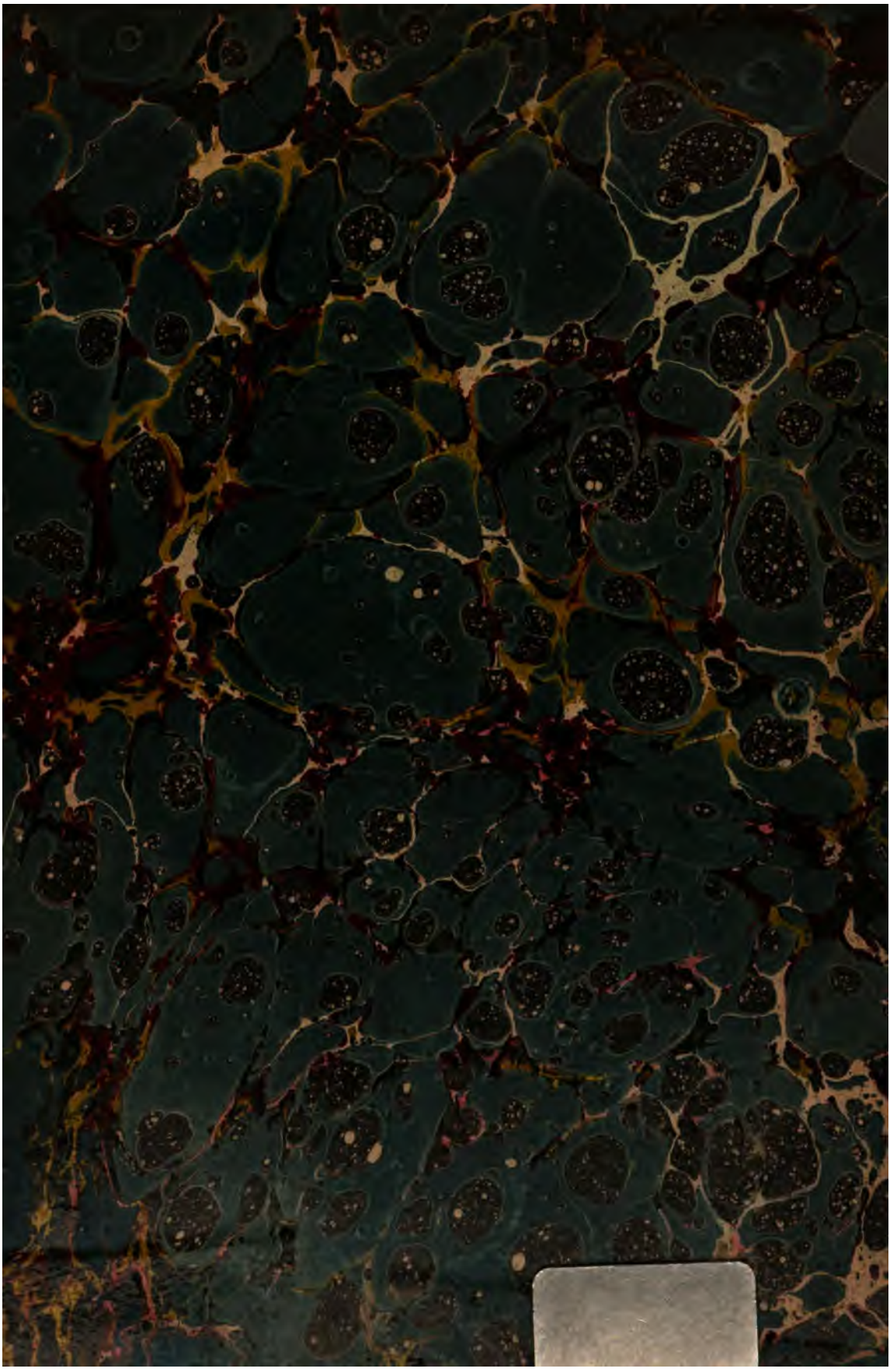
Valude, Prophylaxis gegen Blennorrhoe der Neugeborenen durch Jodoform 643.

Valude 480.
Vanghetti, G., 457.
Variot 351.
Vassal 115.
Vauleair 529.
Veiel, Th., 4.
Vella, G., 113. 595.
Verhoogen, Über Hämaturie 207.
Vermehren, F., Über die Behandlung des Myxödems 204.
Verneuil 208. 245. 258. 534.
Veruyski 475.
Vidal, E., Über einen Ausschlag von verhornten Krusten im Verlaufe eines Trippers 46.
— Mikrokokken in dem Blute bei Mykosis fungoides 346.
— 40. 47. 100. 115. 123. 161. 162. 163. 169. 370. 380. 475. 511. 598.
Viennois 597.
Viertel, Diagnose eines Blasensteines hinter und oberhalb der Symphyse durch das Cystoskop 303.
Vignerol, Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentuberkulose 260.
Virchow, Über einen Fall extremer Dehnbarkeit der Haut am Ellenbogen 281.
— 55. 56. 59. 60. 104. 105. 175. 187. 246. 249. 281. 291. 294. 306. 316. 372. 477. 521. 611. E.-H. 51.
Voigt 234. 402.
Voiturier 548.
Volkmann 201. 478.
Voltolini 239.
Voorhies, C. H., Vollständige Abwesenheit der Urethra: Operation und Heilung 42.
Vopelius, Noch einmal: „Innere Antisepsis“ 180.
Vulpius, G., Über eine kleine chemische Beobachtung 183.
— 314.

Wagner, E. L, 307. 308. 309. 310. 311. 533.
Wahl, Victor, Über die Häufigkeit der Epiphysen-Diaphysen-Erkrankung bei Syphilis congenita 579.
Waldeyer 177. 376.
Walker, Norman, 620.
Wallace 595.
Waller 269.
Walsh, Wechselnde Elimination als ursächlicher Faktor bei gewissen Hautentzündungen 621.
Wanitschke, Zur Kenntnis der hereditären Lues (selten grofses Gumma der Lunge mit dadurch bedingter intrauteriner Pericarditis exsudativa 195.
Warker, Ely van der, 256.
Warner 460.
Warszawski, M., Haematoma vulvae et vaginae. Morbus maculosus Werlhofii 236.
Wasielewski, Th. von, Herpes zoster und dessen Einreihung unter die Infektionskrankheiten 30.
Wassermann 123. 520.
Watraszewski, Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis 212.
— 144.
Weber E. H. 172.
—, Max, Bemerkungen über den Ursprung der Haare und über Schuppen der Säugetiere 173.
— 416.
—, O., 306. 461.
—, R., Über den Einfluſs des Glases der Objektträger und der Deckgläser auf die Haltbarkeit mikroskopischer Objekte 523
Webster, J. C., Nervenendigungen der Labia minora und der Clitoris 625.
Wedekind, v., Abortivbehandlung der Gonorrhoe 45.
Wegner 105. 579.
Weichselbaum 240. 319.
Weigert 11. 26. 63. 140. 143. 175. 226. 242. 245. 246. 328. 369. 524. 525. 567.
Weil, Joseph, Ein primäres Carcinom der Mammilla 535.
Weinlechner, Rhinoplastik wegen Lupus 410.
Weifs, M., Über Ischämie 281.
— Die therapeutische Verwertung der Mattonischen Moorextrakte bei Nervenkrankheiten 528.
—, H., Ein Fall von Erythromelalgie 317.
Welander, E., Fälle von Keloid 200.
— Über die auf Gonokokken beruhenden Periurethralabscesse 213.
— 44. 146. 341.
Wendriner 251.
Wendt 114.
Werlhof 52. 236.
Wermann, E., Über Tuberkulose des Unterhautzellgewebes 518.
Wernher, C., 5.
Wertheim 570. 641.
Werther 555.
Westphal 234 269.
Weyl 153.
Wheeler 244.
White 272. 540.
— Enuresis nocturna 256.
Whitehead 587.
Wichert-Nauwerk 142.
Wichmann, Rolf, Myxödem, gebessert durch Injektion mit Schilddrüsensaft 204.
—, E., Hoher Blasenschnitt zur Entfernung abgekapselter Blasensteine 304.
Wickham, L., Referate 88. 168.

Wickham 267.
— und Bordas, Indikationen und Kontraindikationen des Dauerkatheters nach interner Urethrotomie 298.
Wickhoff, Max, Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase 259.
Wicklein, E., 567.
Wiede, E., 119.
Wiederhofer 149.
Wilbuszewicz 291.
Willan 107. 545. E.-H. 13.
Williams, J. W., Ein neues Instrument für die Behandlung der Urethritis 213.
—, W. R., Polymastie, Mammae erraticae und Entwickelung von Neoplasmen in überzähligen Brustdrüsen 625.
— Brustdrüsenmangel 625.
Wilson 152. 153. 162. 202. 446. 460. 638.
Winegradsky 90.
Winfield, Jodkaliumexanthem 27.
— Geschwür am Penis 29.
— Fungöser Tumor des Hodens 29.
— Pityriasis pilaris 91.
— Syphilis 92.
— Lepra anaesthetica 93. 187.
— 92. 132.
Winkler 232. 233.
Winscheid 350.
Winternitz, Rudolf, Blennorrhagie, Syphilis und Hautkrankheiten 32.
— 274.
Wirsing 203.
Wirth, Georg, Zur Rubeolenfrage 111.
Witte, Zur Gonorrhoe des Weibes 215.
Wolff, Zur Lehre von der Chylurie 42.
— 115. 195. 597. 605.
Wollner, Über die Fürther Industriezweige und deren Schattenseiten: Quecksilber- und Silberbelege, Bronzefabrikation, Spiegelglasschleiferei und Facettierwerke 383.
— 401.
Wolpert 391.
Wolters, Max, Der Bacillus leprae, zusammenfassender Bericht über den Stand unserer Kenntnisse 186.
— Über multiple Myome der Haut 275.
— 143.
Wood, H. C., Die Syphilis des Nervensystems 137.
Workmans 560.
Worm 253.
Wreden, R., Zur Ätiologie der Cystitis 542.
Wright 567. 569.
Wunkow, Über Veränderungen der Muskeln und Sehnen bei Lepra 573.
Wurzdorff 337.
Wyman, G. C., Die Krankheiten der Blase und der Prostata 276.
Wyfs 543.

Yamagiwa, K., Versuchsresultate über die Wirkung des Tuberkulins auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens und Kaninchens 411.
Young, A. A., Chloasma uterinum 249.

Zambaco, Über die Lepra in Frankreich 88.
— 187. 410.
Zander 177. 248. 429.
Zeifs 178.
Zeifsl, M. v., Bauchfellentzündung infolge des Harnröhrentrippers des Mannes 47.
— Roseolarecidiv 20 Jahre nach der Infektion. — Drei Fälle von Mastdarmsyphilis 581.
— 114. 116. 117. 149. 186. 599. 600.
Zeifsler, J., Die Beziehungen der Lymphdrüsen zur Syphilis 627.
Zeller, Über einen seltenen Fall von Gangraena spontanea 134.
Zenthöfer 96. 520.
Ziegler, Ernst, Historisches und Kritisches über die Lehre von der Entzündung 175.
— 353.
Ziemfsen 4. 234. 378.
Zilewicz 586.
Zittmann 400. 472.
Zouchlos 253.
Zucco 104.
Zuckerkandl, O., Operative Behandlung der Incontinentia urinae 171.
— Über neuere cystoskopische Instrumente und photographische Aufnahmen des Blaseninnern 251.
— 239.
Zuelzer 335.

41C 1608 ~~HH~~
341